

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Sairaanhoitajakoulutus

Marko Kiiskinen

PALLIATIIVISEN HOIDON OIREMITTARIT  
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2017



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Lokakuu 2017**  
**Sairaanhoitajakoulutus**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

Tekijä  
Marko Kiiskinen

Nimeke  
Palliativisen hoidon oiremittarit – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja  
Siun Sote

**Tiivistelmä**  
Palliativinen hoito ja saattohoito perustuvat parantumattomasti ja pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden oirehoitoon. Potilaan subjektiivista oirekokemusta, oirehoidon tehoa sekä potilaan kokemaa yleistä hyvinvointia ja elämänlaatua tuodaan näkyväksi erilaisten oiremittareiden avulla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia käyttökokemuksia Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS -oiremittarilla ja Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomakkeella 15D on palliativisessa hoidossa. Tutkimustehtävänä on löytää näiden mittareiden etuja ja kehittämiskohteita. Molemmat oiremittarit ovat käytössä Siun Soten palliativisessa yksikössä. Tämän tutkimuksen avulla yksiköllä on mahdollisuus kehittää näitä mittareita ja sitä kautta palliativisten potilaidensa hoitoa.

ESAS -oiremittari ja 15D -elämänlaatumittari ovat monipuolisia, luotettavia, selkeitä sekä helppoja ja nopeita täyttää. Ne kokoavat potilaan olennaisimmat oireet ja antavat kokemuksen kuulluksi tulemisesta. Sairaanhoitajan ja sairaanhoitoyksikön kannalta mittarit luovat struktuuria hoidon tarpeisiin ja vaikuttavuuden arviointiin sekä parantavat hoidon laatua. Mittareiden keskeisimpiä kehittämiskohteita ovat liiallinen keskittyminen fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin, puutteet palliativisessa oirekirjossa sekä havainto, että mittarit eivät sovellu kaikkien palliativisessa hoidossa olevien potilaiden käytettäväksi.

Jatkotutkimusmahdollisuutena mittareita voisi kehittää laajempaan tutkimusnäyttöön pohjautuen. Oiremittareiden käytöstä voisi myös tehdä systemaattista tiedonkeruuta palliativista hoitoa saavilta potilailta, omaisilta sekä hoitohenkilökunnalta Suomessa.

Kieli  
suomi

Sivuja 49  
Liitteet 5  
Liitesivumäärä 18

Asiasanat  
palliativinen hoito, saattohoito, oireet palliativisessa hoidossa, Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS, Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake 15D



**THESIS**  
**October 2017**  
**Degree Programme in**  
**Nursing**

Tikkariinne 9  
FI 80220 JOENSUU  
FINLAND  
Tel +358 50405 4816

Author  
Marko Kiiskinen

Title  
Symptom Assessment Instruments in Palliative Care – A Systematic Literature Review

Commissioned by  
Karelia University of Applied Sciences

**Abstract**

Palliative care and end-of-life care are based on the symptomatic care of incurable and chronically ill patients. Different symptom assessment instruments are used to understand patients' subjective symptom experience and the health-related quality of life. They also demonstrate the treatment efficacy.

The aim of the thesis was to use a systematic literature review to explore published studies and articles on the user experience of ESAS, the Edmonton Symptom Assessment Scale and the 15 D Instrument of Health-Related Quality of Life in palliative care.

ESAS and 15D instruments are both diverse, reliable, explicit and easy to use. They collect the main symptoms and give the patients the experience of being heard. The instruments have a positive effect on care routines and are useful instruments for monitoring symptoms in palliative care. The use of these instruments improves the quality of nursing care. An overemphasis on physical and psychological needs in palliative care may neglect other symptoms. Some of the symptoms in palliative care are missing from both ESAS and 15D instruments. The instruments cannot be used for all patients in palliative care.

An idea for a further study is to improve these instruments based on more extensive research evidence. User experience of symptom assessment instruments could be collected from patients, families and health care workers in palliative care in Finland.

Language  
Finnish

Pages 49  
Appendices 5  
Pages of Appendices 18

**Keywords**

Palliative care, end-of-life care, symptoms in palliative care, Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS, the 15D instrument of health-related quality of life

# Sisältö

## Tiivistelmä

## Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Palliativinen hoitotyö .....	6
2.1	Palliativinen hoito .....	6
2.2	Saattohoito.....	7
2.3	Sairaanhoitaja palliativisen hoidon toteuttajana .....	8
3	Oireet palliativisessa hoidossa .....	10
3.1	Fyysinen näkökulma .....	10
3.2	Psyykinen näkökulma .....	13
3.3	Sosiaalinen näkökulma.....	14
3.4	Hengellinen näkökulma .....	15
4	Palliativisessa hoidossa käytettäviä oiremittareita .....	16
4.1	Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS -oiremittari .....	16
4.2	Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake 15D .....	17
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	18
6	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	18
6.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	18
6.2	Aineistonkeruuprosessi.....	19
6.3	Sisällön analyysi .....	20
7	Tiedonhaku .....	21
8	ESAS -oiremittarin käytettävyys palliativisessa hoidossa.....	25
8.1	ESAS -oiremittarin etuja .....	25
8.2	ESAS -oiremittarin kehittämiskohteita.....	29
9	15D -elämänlaatumittarin käytettävyys palliativisessa hoidossa .....	31
9.1	15D -elämänlaatumittarin etuja .....	31
9.2	15D -elämänlaatumittarin kehittämiskohteita .....	35
10	ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin synteesi.....	37
11	Pohdinta.....	41
11.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	41
11.2	Ammatillinen kasvu .....	43
11.3	Opinnäytetyön prosessi, hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat.....	44
	Lähteet.....	46

## Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	ESAS – oiremittari potilaan voimnin arviointiin
Liite 3	Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake (15D©)
Liite 4	Lähdeaineiston laadun ja luotettavuuden arvioinnin mittarit
Liite 5	Lähdeaineisto taulukoituna

## 1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön mukaan palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivinen hoito on noussut viimeisten vuosikymmenten aikana yhdeksi tärkeäksi suomalaisen terveydenhuollon osa-alueeksi. Palliatiivisen oirehoidon haasteena on ehkäistä ja lievittää potilaan sairauksista johtuvia oireita, kuten vaikeaa väsymystä ja usein kroonistuvia kiputiloja. Fyysisten oireiden lisäksi hoidetaan potilaan psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita. Elämänlaatu on keskeinen ulottuvuus palliatiivisessa hoidossa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–77; Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 17; Kangasniemi, Pietilä & Saarto 2015, 214–215; Saarto 2015a, 10.)

Palliatiivisessa hoidossa etusijalla on tunnistaa potilaan tärkeimmät oireet, niiden häiritsevyys sekä potilaan tuntema avun tarve. Keskustelu ja potilaan havainnointi ovat olleet viime vuosikymmenellä terveyskeskuksissa yleisimpiä kuolevan potilaan arviointimenetelmiä. Potilaan subjektiivista oirekokemusta, oirehoidon tehoa sekä potilaan kokemaa yleistä hyvinvointia ja elämänlaatua tuodaan näkyväksi lisäksi erilaisten oiremittareiden avulla. Mittarit painottuvat usein fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin ja toimintakykyyn. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57–58; Heikkinen ym. 2004, 57–58; Hänninen 2015a, 32–34; Hänninen 2015b, 34; Hänninen 2015c, 259; Saarto 2015b, 215–218.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia käyttökokemuksia Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS -oiremittarilla ja Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomakkeella 15D on palliatiivisessa hoidossa. Tutkimustehtävänä on löytää näiden oiremittareiden etuja ja kehittämiskohteita. Molemmat oiremittarit ovat käytössä Siun Soten palliatiivisessa yksikössä. Tämän tutkimuksen avulla yksiköllä on mahdollisuus kehittää näitä mittareitaan ja sitä kautta palliatiivisten potilaidensa hoitoa.

## 2 Palliatiivinen hoitotyö

### 2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito perustuu parantumattomasti ja pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden oirehoitoon. Palliatiivisen hoidon tarkoitus on vaalia elämänlaatua sekä ehkäistä ja lievittää potilaan kokemaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista sekä hengellistä kärsimystä. Elämänlaatu ymmärretään potilaan subjektiivisena käsityksenä ja arviona omasta hyvinvoinnista. Elämänlaatuun liittyvät keskeisesti myös läheiset ihmiset ja sosiaaliset verkostot, jotka tuovat elämään sisältöä, tarkoitusta ja turvaa. Näin ollen myös omaisten tukeminen on keskeinen osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito on kuolevan potilaan yksilöllisyyden huomioon ottavaa monialaista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Mikäli potilas ei kykene sairautensa, ikänsä tai muun tekijän vuoksi ilmaisemaan hyvinvointiaan, avuksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisia. (Heikkinen ym. 2004, 17; Kangasniemi ym. 2015, 214–215; Pajunen 2013, 11; Saarto 2015a, 10.)

Palliatiivinen hoito aloitetaan jo varhaisessa vaiheessa taudin spesifisen hoidon rinnalla. Lievittävän palliatiivisen hoidon osuus kasvaa sitä mukaa, kun aktiivisen työn osuus vähenee ja potilaan toimintakyky heikkenee. Potilaan hoitolinjauksista sovitaan yhteisissä moniammatillisissa hoitoneuvotteluissa. Potilaalla ja hoitoon osallistuvilla omaisilla on oikeus saada hoitopäätöksensä ja valintojensa tueksi asiantuntevaa tietoa, ohjausta ja tukea. Moniammatillinen ammattihenkilöstö on sairauksien ja hoidon asiantuntijoita. Potilas puolestaan tuntee oman tilansa parhaiten. Omahoitaja huolehtii siitä, että potilaan kokonaishoitosuunnitelma sekä hoidon tavoitteet ja arviointi ovat kirjattuina potilasasiakirjoissa. Hoidon tavoitteena on, että potilas ja hänen läheisensä voivat elää mahdollisimman täyttä elämää potilaan kuolemaan asti. (Grönlund & Huhtinen 2011, 16–17, 19–24, 35–36; Heikkinen ym. 2004, 21–23, 28–29; Hänninen 2001, 7; Hänninen 2015c, 256–257; Myller 2007, 6–7; Nuortio 2007, 18; Venejärvi 2007, 35.)

Palliatiivinen hyvä hoito perustuu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Hoitotahto turvaa potilaan kuulemiseen omaa hoitoaan koskevilla päätöksillä erityisesti silloin, kun hän ei itse voi tuoda kantaansa

esiin. Hoitotahto on oikeudellinen dokumentti, joka sitoo potilasta hoitavia tahoja. Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus perustuvat muun muassa lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Itsemääräämisoikeudesta säädetään myös laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Muita kuolevan potilaan hoitoon vaikuttavia ja kuolemaa koskevia lakeja ovat Suomen perustuslakiin (731/1999) kirjatut perusoikeudet, kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999), Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta (27/2004) sekä laki kuoleman hetken jälkeisistä toimista ja vainajaksi toteamisesta (459/1973, asetus 948/1973 ja 27/2004). Kuolevan oikeuksien julistus antaa kattavan eettisen koodiston palliatiivisen hoidon arvokkaalle ja kokonaisvaltaiselle toteutukselle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 19–24, 31–32; Heikkinen ym. 2004, 22; Venejärvi 2007, 35.)

## 2.2 Saattohoito

Saattohoito on viimevaiheen hoitoa, joka ajoittuu lähelle kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Saattohoidolla turvataan potilaalle mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Saattohoitoon siirrytään, kun potilaan toimintakyky on merkittävästi rajoittunut ja hänen mahdollisuutensa itsestä huolehtimiseen ovat vähentyneet. Saattohoitoon siirtyminen on tarpeen esimerkiksi, kun potilas on jatkuvasti vuoteessa, potilaan tajunnantaso on heikentynyt, potilas pystyy nauttimaan vain pieniä nestemääriä, periferia on viileä, ja potilas ei kykene enää ottamaan lääkkeitä suun kautta. Saattohoidossa potilas hyötyy eniten oireiden, kuten kivun ja kärsimyksen lievityksestä. Kipujen ja muiden oireiden lievittämisen lisäksi hoidossa keskeisiä ovat sivuvaikutusten hallitseminen, mahdollisimman hyvä perushoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–80; Heikkinen ym. 2004, 19–21, 51, 102; Hänninen 1999, 42; Hänninen 2015c, 256–258; Hänninen 2015d, 300; Pajunen 2013, 13.)

Siirtyminen saattohoitoon on lääketieteellinen päätös. Päätöksen saattohoidosta tekee lääkäri yhdessä potilaan kanssa, mutta myös muut hoitotyön asiantuntijat sekä potilaan omaiset voivat osallistua päätöksentekoon. Potilaan tulee olla mukana hoidon linjaamisessa sekä tietoinen hoitopäätöksen perusteista ja seuraamuksista. Lääkityksessä keskitytään oireiden välittömään lievitykseen, jossa oireita lievittävä vaikutus on haittavaikutuksia suurempi. Tärkeä osa saattohoitopotilaan lääkehoitoa on potilaan ja hänen omaistensa informointi mahdollisista lääkemuutoksista. Saattohoitopäätös on tehtävä ennen kuin potilas siirtyy saattohoitoon ja se kirjataan selvästi potilaskertomukseen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–79; Heikkinen ym. 2004, 19–20, 23–26, 41; Hänninen 2015c, 257–259.)

Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona tai jossakin muussa soveltuvassa hoitopaikassa. Perusterveydenhuolto on ensisijainen saattohoidon toteuttaja. Saattohoitoa toteutetaan tällä hetkellä lähes kaikissa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköissä, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollossa, erityisissä saattohoitoyksiköissä, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa ja yksityisissä hoivayksiköissä. Keskeistä on, että potilas elää saattohoitovaiheessa ilman vaikeita oireita tai kipuja, haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78–80; Heikkinen ym. 2004, 20–21, 51, 102; Saarto 2015c, 23.)

### **2.3 Sairaanhoidaja palliatiivisen hoidon toteuttajana**

Sairaanhoidajalta vaaditaan ammattitaitoa herkistyä palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan tarpeille. Hänen on paneuduttava potilaan kokonaistilanteeseen merkityksellisen hoitosuhteen luomiseksi. Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluvat hyvä perus- ja oirehoito, turvallisuudentunteen vaaliminen sekä potilaan ja hänen omaistensa tukeminen. Parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaisella hoidolla pyritään sairauden aiheuttamien oireiden mahdollisimman hyvään hallintaan ja hyvän, aktiivisen elämänlaadun ylläpitoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–56, 77, 198–199; Heikkinen ym. 2004, 41–42, 55–56; Hänninen 1999, 39–40; Hänninen 2003, 29; Hänninen 2015d, 300.)



Potilas on huomioitava fyysisen hyvinvoinnin lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin näkökulmista. Hyvän palliatiivisen hoidon ydinasia on vuorovaikutussuhteen rakentuminen, joka rakentuu ystävällisen, empaattisen, kärsivällisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen pohjalle. Huolenpito on tunneperäistä välittämistä, joka perustuu haluun toimia potilaan parhaaksi. Sairaanhoidajan tehtävänä on tukea potilasta vuorovaikutuksellisin keinoin tunnistamaan sairauttaan ja elämäntilannettaan koskevia tarpeita sekä löytämään voimavaroja ympäriltään. Sairaanhoidajan tulisi pitää potilaan subjektiivista kokemusta tärkeänä ja uskoa hänen kertomaansa. Omaisilla on tärkeä rooli kuolevan potilaan hoidossa, joten sairaanhoidajan on pystyttävä tukemaan, rohkaisemaan ja asennoitumaan kunnioittavasti myös heitä kohtaan. Kuolevan itsemääräämisoikeutta ja arvokkuutta tulee kunnioittaa. Sanaton viestintä ja kosketus ovat myös osa hoitosuhteen muodostamista. (Grönlund & Huhtinen 2011, 120–123, 194–195; Heikkinen ym. 2004, 42–45, 50–52, 70–71.)

Sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu hoitamisen tieto, taito, kokemus ja tunneviestintä. Tunneviestinnässä keskeistä on tiedostaa, hallita ja käsitellä omia tunteita tilanteeseen sopivalla tavalla sekä kyetä havaitsemaan ja hoitamaan toisten henkilöiden tunteita ja ihmissuhteita. Toisinaan se tarkoittaa myös oman rajallisuutensa tunnistamista ja kohtaamista, mikä suojaa samalla uupumukselta. Potilaat, omaiset, työyhteisö ja esimiehet voivat aiheuttaa ulkoisia paineita, joita tulisi kyetä säätelemään oman jaksamisensa turvaamiseksi. Kuolema herättää kaikissa jonkinlaista ahdistusta. Menetykset, suru ja kärsimys kasaantuvat, vaikka kyseessä ei olisikaan sairaanhoidajan oma suru. Emotionaalisen tuen antaminen riippuu paljon organisaation resursseista antaa aikaa yksittäisten potilaiden ja heidän omaistensa ja läheistensä kanssa. Kuuntelemisen tulisi olla aktiivista, ja se vaatii sairaanhoidajalta täyden huomion. Rauhalliset tilat tai niiden puute vaikuttavat myös mahdollisuuteen antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa kokonaisvaltaista tukea. (Grönlund & Huhtinen 2011, 158–159, 192–193; Heikkinen ym. 2004, 43–47, 48; Hänninen 2015d, 299–300.)

### 3 Oireet palliatiivisessa hoidossa

#### 3.1 Fyysinen näkökulma

Fyysinen kärsimys nivoutuu usein yhteen kivun kanssa. Palliatiivisen hoidon fyysisistä oireista kipu ja hengenahdistus ilmenevät useimmissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Muita oireita yleisimmin ovat ruuansulatuskanavan oireet, väsymys ja uupumus, ruokahaluttomuus sekä sekavuus. Oireet ovat usein päällekkäisiä, ja usein yksi oire johtaa toiseen. Oireiden esiintyvyyteen vaikuttavat taudin luonne, potilaskohtaiset tekijät, ympäristö ja annetut hoidot. Potilaan oireet ja tarpeet muuttuvat sairauden edetessä sen mukaan, mitä lähempänä kuolema on. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–56, 59–61, 67–69; Heikkinen ym. 2004, 55–56, 59; Hänninen 1999, 39–40; Hänninen 2001, 75; Hänninen 2003, 30).

Kipu on yksi vaikeasti sairastuneen potilaan suurimpia pelon aiheita. Kipu voidaan määritellä epämiellyttäväksi, sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi. Kipuun vaikuttavat kivun syyn ja sen hoidon lisäksi monet muut fysiologiset, psykologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Kipuun ja kivun voimakkuuteen vaikuttavat esimerkiksi väsymys, pelko ja ahdistus. Kipu on yksilöllinen kokemus, ja sen arvioinnin on perustuttava mahdollisuuksien mukaan potilaan omaan kertomaan. Kivun säännöllinen seuranta ja kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ovat hoidon tehokkuuden kannalta keskeisiä. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47; Heikkinen ym. 2004, 56–58; Heiskanen, Haakana & Koivusalo 2015, 51–53; Hänninen 2015e, 50; Riikola & Hänninen 2012; Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

Hengenahdistus on hengittämiseen liittyvä epämiellyttävä tunne. Se voi olla esimerkiksi hengästymistä, ilman loppumista, tukehtumisen tunnetta tai rintakehän kireyttä. Pitkälle edenneissä loppuvaiheen taudeissa hengenahdistus on yleistä sairaudesta riippumatta. Fyysisten syiden lisäksi psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät voivat laukaista hengenahdistuksen. Ahdistuneisuus, uupumus, depressio ja monet muut oireet ilmenevät usein samanaikaisesti hengenahdistuksen kanssa. Hengenahdistus on vaikeasti hoidettava oire ja

aiheuttaa potilaalle pelkoa ja turvattomuutta. (Heikkinen ym. 2004, 60–61; Lehto & Pöyhiä 2015, 92–94.)

Ruoansulatuskanavan oireiden hoidolla on suuri merkitys potilaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Ruoansulatuskanavan ongelmat johtuvat sairaudesta itsestään, sen hoidosta tai erilaisista psykososiaalisista tekijöistä. Ruoansulatuskanavan oireina potilaalle voi tulla pahoinvointia, oksentelua ja suolistossa ruoan tai ulosteen kuljetukseen liittyviä ongelmia. Pahoinvoinnilla tarkoitetaan epämiellyttävää, kuvottavaa tunnetta, johon liittyy oksettava olo ja usein myös kylmähikisyyttä, huimausta, lisääntynyttä syljen eritystä tai päänsärkyä. Ummetus on yleinen saattohoitopotilaan oire. Se tarkoittaa suolen harvaa toimintaa, jolloin suoli toimii harvemmin kuin kolmesti viikossa. Uloste voi olla kovaa, kuivaa tai papanamaista ja ulostaminen voi vaatia potilaalta voimakasta ponnistelua. Mahasuolikanavan toimimattomuus tuo potilaalle muun muassa kipua, pahoinvointia, närästystä ja ruokahaluttomuutta, mutta myös suolen tukkeumaa ja muita mahdollisia komplikaatioita. Suun hoidon merkitys korostuu palliatiivisessa hoidossa, sillä suun kuivuminen vaikeuttaa ruuan ja nesteen saamista ja tuottaa potilaalle kipua. Se on myös yksi yleisimmistä oireista palliatiivisilla potilailla. Suun kuivuminen aiheuttaa haavaisuutta, arkuutta ja polttavaa tunnetta suussa ja kielessä sekä pahaa makua ja hajua suussa. Potilas voi lisäksi heräillä yöllä suun kuivuuteen. Syljen erityks on tärkeää, sillä syljen puutteesta tai vähyydestä johtuva kuiva suu on altis infektioille ja vaikuttaa merkittävästi muun muassa potilaan nielemiskykyyn. (Heikkinen ym. 2004, 62–66, 68; Hillilä 2015, 143; Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015, 119; Rahko & Koskela 2015, 132–133; Riikola & Hänninen 2012; Saarto 2015d, 115.)

Väsymys ja uupumus oireilevat usein yleisenä heikkoutena, voiman puuttumisena, lihasten väsymisenä, unen tarpeena ja alentuneena kognitiivisena toimintakykenä. Uupuessaan potilas vähentää fyysistä toimintaansa säästääkseen voimiaan. Potilaalla on selvästi lisääntynyt levon ja unen tarve. Väsymys voi näkyä myös potilaan mielialassa ja aiheuttaa esimerkiksi apaattisuutta. Väsymys on subjektiivinen oire, jonka vain potilas itse pystyy arvioimaan. Ilmenemismuotoja ovat fyysinen väsymys, yleinen heikkoudentunne sekä henkinen väsymys. Unettomuus aiheuttaa väsymystä ja uupumusta, ja

tällöin unettomuuden syyt tulisi selvittää hyvin. Syynä voivat olla muun muassa psykiatrinen sairaus, dementia, elimelliset oireet, lääkkeet, vieras ympäristö tai kuolemanpelko nukkumisen aikana. (Heikkinen ym. 2004, 61–62; Hiltunen 2015, 226; Hänninen & Pöyhiä 2015, 156–157.)

Ruokahaluttomuus on yleistä, sillä kuolemaa lähestyvän potilaan kiinnostus syömistä ja juomista kohtaan vähenee. Jatkuva ravinnon puute johtaa elimistön näivettymiseen eli kakeksiaan. Kakeksiaan kuuluu tahatonta painonlaskua, luurankolihasen nopeaa katoa, rasvakudoksen vähenemistä sekä laajoja aineenvaihdunnallisia muutoksia. Kakeksia voi olla myös yksi syy ruokahaluttomuuteen eli anoreksiaan. Muita syitä ruokahaluttomuuteen voivat olla maun muutokset, pahoinvointi ja oksentelu, kuiva tai kipeä suu, kipu, ummetus tai masentuneisuus. Saattohoidossa tavoitteena on, että potilas syö ja juo niin kauan, kuin se on mahdollista. Kuivuminen sopeuttaa elimistöä lähestyvään kuolemaan vähentämällä muita oireita. (Heikkinen ym. 2004, 65–67; Pöyhiä 2015, 163; Pöyhiä, Hänninen & Saarto 2015, 165.)

Sekavuus eli delirium on seuraus aivotoiminnan häiriöstä, jossa tietoisuus heikkenee, tarkkaavuus, ajattelu ja muisti häiriintyvät ja tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat samanaikaisesti. Lisäksi potilaalla voi ilmetä hallusinaatioita tai illuusioita. Myös uni-valverytmi saattaa muuttua. Muutokset ovat nopeita ja voivat vaihdella voimakkaasti saman päivän tai jopa tunnin aikana. Delirium on vakava tautitila, joka huonontaa potilaan ennustetta ja voi johtaa potilaan kuolemaan hoitamattomana tai huonosta hoidosta johtuen. Viimeisten elinpäivien sekavuus ei välttämättä korjaannu monielinvaurion ja lyhyen elinaikaennusteen takia. Oireisto voi liittyä vakavaan infektiin, elektrolyytti- ja nestetasapainohäiriöihin, munuaisten tai maksan vajaatoimintaan, aivokasvaimeen tai -etäpesäkkeisiin, aivoverenkiertohäiriöihin ja kivuliaisuuteen. (Janes 2015, 170–171; Riikola & Hänninen 2012.)

### 3.2 Psyykkinen näkökulma

Kuolevan potilaan psyykkisen oireilun keskiössä on usein pelko. Uhkakuviin liittyvä ahdistus ja käsittämättömiin oireisiin liittyvät pelot synnyttävät pahan olon, joka voi purkautua somaattisina eli ruumiillisina oireina ja motorisena toimintana tai tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelynä. Psyykkistä kärsimystä aiheuttavat usein suru sekä ajatukset ja pohdinnat sairaudesta, kärsimyksestä, avuttomuudesta, olemassa olost ja kuolemasta. Myös läheisistä luopuminen voi aiheuttaa ahdistusta. Ahdistus ja masennus ovat tavanomaisimpia oireita ja niihin liittyy usein vireystilan muutoksia ja unihäiriöitä. Ahdistus voi olla myös oire jostain alihoidetusta muusta oireesta, kuten esimerkiksi kivusta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–56, 59–61; Hänninen 1999, 39–40; Idman 2015, 218; Riikola & Hänninen 2012.)

Kuoleman lähestyminen voi johtaa lievään tai syvään masennukseen. Masennus on tärkeä erottaa sairauden aiheuttamasta väsymyksestä ja huonovointisuudesta. Myös surulla ja masennuksella on eroa, jota voidaan mitata kansainvälisten suositusten mukaisesti. Kun surullisen potilaan elämänhalu ja omanarvontunne säilyvät ja alakulo on jaksottaista, masennukseen liittyy muun muassa hylätty ja yksinäinen olo, oireiden pysyvyys, katuvaisuus ja juuttuminen peruuttamattomiin virheisiin elämän varrella, itseinho ja korostunut itsensä vähättely, jatkuva alakulo, näköalattomuus tulevaisuutta kohtaan, mielihyvän saavuttamattomuus sekä itsetuhoisuus. Surutyö alkaa usein tilanteen kieltämisellä. Seuraavassa vaiheessa kuoleva masentuu. Tunteet vaihtelevat vihan, raivon ja katkeruuden välimaastossa. Realistinen toivo ja epätoivo vaihtelevat, ja kuolema tulee tunnistettavammaksi. Tunnistamisen jälkeen kuolema hyväksytään tai siihen alistutaan. Lopulta potilas kokee täyttymystä tai epätoivoista avuttomuutta. Kyseessä on päätösvaihe, jossa tunne-elämä, pelko mukaan lukien, lakkaa. Ihminen hiipuu hiljalleen pois. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59–61, 67–69; Heikkinen ym. 2004, 33–35, 59; Idman 2015, 220–221; Riikola & Hänninen 2012.)

Psyykkiseen oirehoitoon kuuluvat oireilun ehkäisy, oireiden varhainen tunnistaminen, vaikeusasteen arvioiminen sekä asianmukainen hoito. Psyykkisiä oireita hoidetaan kysymällä, kuuntelemalla ja keskustelemalla potilaan kanssa.

Hyvään vuorovaikutukseen perustuvaa hoitoa voi tarvittaessa täydentää lääkehoidolla. Hoidon tavoitteena on tukea potilasta näkemään elämänsä kokonaisuutena ja kokoamaan itsensä ehjäksi. Tarkoituksena on tukea potilasta ja tämän perhettä myös sairauteen ja kuolemaan liittyvien tunteiden käsittelyssä. Hoitavan ammattilaisen tehtävänä on toimia toisinaan tilapäisenä ahdistussäiliönä ja auttaa potilasta tavoittamaan mielensä tasapainoisuutta, antaa hallinnan tunnetta ja vahvistaa potilaan omavoimaisuutta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–56, 59–61, 67–69; Heikkinen ym. 2004, 59; Hänninen 1999, 39–40; Idman 2015, 218.)

### **3.3 Sosiaalinen näkökulma**

Usein kuoleman pelkoa suurempana on pelko siitä, että on kuollessaan yksin. Turvallisuudentunne ja kyky luottaa toisiin pohjautuvat voimakkaasti varhaisimpiin kokemuksiin läheisissä ihmissuhteissa. Kiintymyssuhteiden merkitystä arvostetaan tärkeänä pohjana henkiselle hyvinvoinnille. Palliativisen hoidon sosiaaliin oireisiin liittyy pelkoa ja epämukavuutta sosiaalisen aseman, seksuaalisuuden, fyysisen olemuksen ja läheiskontaktien muuttuessa. Rooli perheessä ja ihmissuhteissa muuttuu väistämättä, ja potilas voi joutua luopumaan joistain tärkeäksi kokemistaan ihmissuhteista. Hyvä vuorovaikutus ja läheiset suhteet perheen tai muiden läheisten kanssa kerryttävät voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Omaiset onkin tärkeä pitää mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa siltä osin kuin potilas sen sallii. Perheiden turvarakenteiden, kiintymyssuhteiden sekä sisäisten roolien ymmärtäminen auttavat hoitohenkilökuntaa perheen tukemisen avulla toteuttamaan mahdollisimman hyvää palliativista hoitoa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–56, 59–61, 67–69; Juhela 2015, 280; Heikkinen ym. 2004, 42, 59; Hietanen 2015a, 247; Hiltunen 2015, 223; Hänninen 1999, 39–40.)

Tutkimustieto viittaa siihen, että potilaan omaisella on usein yhtä paljon ahdistuneisuutta ja masennusta kuin potilaalla itsellään. Vakava sairaus saattaa usein koko lähipiirin jonkinlaiseen kriisiin, ja perheet tuovat aina oman dynamiikkansa hoitotilanteisiin ja -keskusteluihin. Ristiriidoilta ja vaikeilta vuorovaikutustilanteilta ei voi välttyä, sillä kullakin vuorovaikutukseen

osallistuvalla on omat toiveensa, emotionaaliset tarpeensa ja tapansa reagoida. Koko potilaan perhe tulee nähdä sairastamisen yksikkönä, sillä sairastuminen koskettaa ja muovaa kaikkien perheenjäsenten elämää. Mitä lähempänä kuolema on, sitä enemmän omaiset tarvitsevat tukea. (Hietanen 2015a, 247–248; Heikkinen ym. 2004, 42, 59; Hänninen 2015c, 257.)

Palliativisessa hoidossa tarve läheisten läsnäololle on havaittu olevan suurimmillaan huonojen uutisten kertomisen yhteydessä sekä hoitotahdosta keskustellessa. Läheisiä ja luottamuksellisia vuorovaikutussuhteita tarvitaan myös silloin, kun potilas vetäytyy ja sulkeutuu omiin oloihinsa, masentuu ja tuntee toivottomuutta tai kokee vihaa tai katkeruutta. Perheensisäiset siteet ovat usein voimakkaimpia, sillä perheen sisällä on eletty vahvasti mukana arkielämän huolissa ja murheissa jo ennen sairautta. Perheestä otetaan muita vuorovaikutussuhteita luonnollisemmin vastuukantajan tai hoivasta huolehtijan rooli. Läheisimpien ystävien väliset suhteet ovat myös usein kestäviä, ja ystävät voivatkin olla sairastuneelle merkittävänä tukena. (Hietanen 2015b, 248–251; Juhela 2015, 286.)

### **3.4 Hengellinen näkökulma**

Elämän loppuvaiheessa potilaan hengelliset oireet ja tarpeet korostuvat. Hengellisyydellä tarkoitetaan kiinnostusta elämän perimmäisiä arvoja, elämän tarkoitusta ja omaa olemassaolon merkitystä kohtaan. Hengellinen kärsimys voi syntyä masennuksesta, tarkoituksettomuuden tunteesta tai turhautumisen kokemuksesta. Kuoleman ahdistuksen ajatellaan tulevan kuoleman jälkeiseen liittyvästä pelosta, kuolintapahtuman pelosta sekä olemisen lakkaamisen pelosta. (Hänninen 2015c, 259; Hänninen 2015f, 306–307; Sipola 2013, 41, 45–46.)

Olemassaoloon liittyvän yksilöllisen ja ainutlaatuisen ahdistuksen hoitaminen vaikuttaa hyvän kivunhoidon ohella eniten kuolevan potilaan subjektiivisen hyvinvoinnin kokemukseen. Tavoitteena on tukea potilasta ahdistuksen kestämisessä sekä vahvistaa hänen ja hänen läheistensä turvallisuuden tunnetta. Keskeistä on kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja koskemattomuutta riippumatta tämän taustasta tai elämäntilanteesta.

Hengellisen hoidon tapoja ovat muun muassa potilaan kuunteleminen, läsnäolo, kirkollisten toimintojen mahdollistaminen sekä hiljentyminen potilaan kanssa. (Hänninen 2015c, 259; Hänninen 2015f, 306–307; Sipola 2013, 41, 45–46.)

Potilaalle voi muodostua tarve koota eletystä elämästä kokonaisuus oman itsen ja olemassaolon ympärille. Kuolevalla ihmisellä ja omaisilla on paljon kysymyksiä, joihin ei ole vastauksia. Hoitajan tehtävänä on vastaanottaa potilaan tunteita ja tukea tätä avoimuuteen. Tavoitteena on auttaa potilasta löytämään itsestään ja elämästään asioita, jotka auttavat häntä elämään kuoleman läheisyydessä ja käsittelemään elämän arvoja ja tarkoitusta sekä ihmissuhteitaan. Palliatiivisessa hoidossa tulee huomioida eri uskonnollisiin yhteisöihin ja kulttuureihin kuuluvien potilaiden monimuotoisuus. (Heikkinen, ym. 2004, 59, 78–79, 91; Hänninen 2015f, 306; Sipola 2013, 42–43, 48–49, 51.)

Palliatiivisen hoidon hengellisten oireiden ja kysymysten selvittämiseksi potilaan ja omaisten tueksi käytetään hoitohenkilökunnan lisäksi muun muassa teologin palveluita. Sairaalasielunhoitaja on Suomen evankelis-luterilaisen kirkon pappi, joka on saanut erikoistumiskoulutuksen sairaalasielunhoitajan tehtävään. Sielunhoidon päämääränä on sairaan ja kärsivän ihmisen elämänkatsomuksellisista, hengellisistä ja henkisistä, uskonnollisista ja eettisistä kysymyksistä keskusteleminen sekä inhimillisen lämmön ja ymmärryksen tarjoaminen läsnäolon kautta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–56, 59–61, 67–69; Hänninen 1999, 39–40; Hänninen 2015g, 308; Sipola 2013, 41.)

## **4 Palliatiivisessa hoidossa käytettäviä oiremittareita**

### **4.1 Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS -oiremittari**

Siun Soten palliatiivisella yksiköllä on käytössä tällä hetkellä Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS -oiremittari (liite 2).



ESAS -oiremittari on yhdistelmä useista samalla numeerisella asteikolla esitetyistä oireista. Oireista lomakkeella kysytään lepokivun, liikekivun, väsymyksen ja uupumuksen, pahoinvoinnin, ruokahaluttomuuden, ummetuksen, virtsaamisen ongelmien, hengenahdistuksen, masennuksen, levottomuuden ja ahdistuksen, unettomuuden sekä seksuaalisuuden ja muiden ongelmien suuruutta. Lisäksi potilas arvioi kokonaisvointiaan täyttöpäivän mukaan. Numeerinen asteikko sisältää arvot 0-10. Numeerinen arvo 1-3 vastaa lieväasteista oiretta, 4-5 kohtalaista, 6-7 kovaa ja 8-10 pahinta mahdollista. (Hänninen 2015b, 34–35; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017.)

Kivun esiintymistä arvioidaan koko kehon alueella piirroskuvan avulla. Potilasta pyydetään myös vastaamaan avoimiin kysymyksiin siitä, milloin kipua esiintyy, kuinka kauan se kestää ja mikä helpottaa tai pahentaa sitä. Potilasta pyydetään kuvaamaan myös kivun laatua ja säteilyä, liikkumiskykyä hyvinä ja huonoina päivinä sekä suurimpia huolenaiheitaan. Potilaalta kysytään myös, minkä hän kokee tärkeimmäksi asiaksi hoidossaan. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017.)

Potilas täyttää lomakkeen voinnistaan riippuen itse. Myös terveydenhuollon henkilö, potilaan omainen tai läheinen voi olla mukana täyttämässä lomaketta potilaan vastausten mukaan. Lomakkeen kirjaaja merkitään lomakkeen loppuun.

## **4.2 Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake 15D**

ESAS -oiremittarin rinnalle Siun Soten palliatiivinen yksikkö on ottanut käyttöönsä Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomakkeen 15D (liite 3). 15D -elämänlaatumittari on geneerinen eli yleiseen käyttöön soveltuva, moniulotteinen mittari. Tuloksia voidaan käyttää muun muassa väestön terveystutkimuksissa sekä toimenpiteiden vaikuttavuuden arvioinnissa. (Toimia 2013.)

15D -elämänlaatumittari keskittyy laajemmin 15 ulottuvuuteen, joita ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminnot, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet,

masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Jokaisen ulottuvuuden kohdalla on asteikko 1-5, joista potilas valitsee nykyistä terveydentilannetta parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Numeerinen arvo 1 kuvaa parasta ja 5 huonointa mahdollista tilannetta, esimerkiksi 1 ”pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa” ja 5 ”olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma”. Lomakkeella ei ole avoimia kysymyksiä. (Toimia 2013.)

Mittarin pisteistä lasketaan indeksiarvo painottamalla kysymyksiä väestön arvotuksia kuvaavilla kertoimilla. Pisteistä on laskettavissa kokonaisindeksin arvo ja osa-alueiden profiilipisteytys asteikolla 0 (kuollut) – 1 (täydellisen terve). (Toimia 2013.)

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia käyttökokemuksia Edmonton Symptom Assessment Scale ESAS -oiremittarilla ja Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomakkeella 15D on palliatiivisessa hoidossa. Tutkimustehtävänä on löytää näiden mittareiden etuja ja kehittämiskohteita. Molemmat oiremittarit ovat käytössä Siun Soten palliatiivisessa yksikössä. Tämän tutkimuksen avulla yksiköllä on mahdollisuus kehittää näitä mittareitaan ja sitä kautta palliatiivisten potilaidensa hoitoa

## **6 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus**

### **6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä**

Opinnäytetyön menetelmänä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattisessa kirjallisuushaussa pyritään löytämään mahdollisimman laajasti tutkimusaiheen kannalta olennaisia julkaisuja eri tietokannoista ja rekistereistä

tehokkaasti ja organisoidusti. Hakuprosessi raportoidaan niin yksityiskohtaisesti ja läpinäkyvästi, että kuka tahansa voi toistaa tutkimuksen ja löytää samat tulokset. Tietokannat, käytetyt hakusanat, rajaukset ja tulokset taulukoidaan omaan taulukkoonsa. (Hiltunen 2009; Isojärvi 2015; Mäkelä & Punkari 2015; Salminen 2011, 5, 9–10.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiivistää ja erittelee valitun aihepiirin tutkimuksista olennaisen sisällön ja tarkastelee saatuja tuloksia ja tehtyjä johtopäätöksiä kriittisesti parhaimman toimintamallin kehittämiseksi. Useamman samaa aihetta käsittelevän tutkimuksen yhdistäminen luo kokonaiskuvan tutkittavasta aiheesta ja asettaa aikaisemmat tutkimukset ja tutkimustulokset täten laajempaan kontekstiin. Tavoitteena on luoda synteesi, jolloin lukijalla ei ole tarvetta tutustua jokaiseen tutkimukseen erikseen. (Hiltunen 2009; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46; Salminen 2011, 9–10.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on itsenäinen tutkimus. Sen tavoitteena on löytää tutkimusaiheeseen uusia näkökulmia. Laajempaan kontekstiin liitettynä se saattaa myös avata tutkimussuuntauksia, joita yksittäisen tutkimuksen perusteella ei välttämättä huomaisi etsiä. (Hiltunen 2009; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46; Salminen 2011, 9–10.)

## **6.2 Aineistonkeruuprosessi**

Systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen osa-alueita ovat tiedonkeruun suunnitelma, arviointi, yhteenveto ja yhdistely. Tutkimusprosessin kuvaus on systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa iso osa koko tutkimusta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus alkaa alkuperäistutkimusten etsimisellä eri tietokannoista. Kuvaus tiedonhausta ja tiedonhaku tietokannoista kirjataan omaan taulukkoonsa, josta ilmenee tietokanta, hakusanat, mahdolliset rajaukset sekä hakutulosten ja valittujen artikkelien määrä. Tässä opinnäytetyössä valintakriteereinä ovat vuosien 2006–2017 välillä julkaistut vertaisarvioidut tutkimusartikkelit, joista kokoteksti on saatavilla ilmaiseksi. Artikkelien tulee käsitellä ESAS -oiremittaria tai 15D -elämänlaatumittaria palliatiivisessa hoidossa käytettyinä. Julkaisukielenä on suomi tai englanti. Hyväksymiskriteerit täyttävät

ja tutkimustehtävään liittyvät tutkimukset valitaan mukaan. Tämän opinnäytetyön aineistoon valikoituneen lähdeaineiston laadunarviointi ja luotettavuuden arvioinnin mittarit on esitelty liitteessä 4. Liite 5 kokoaa lähdeaineiston laadunarviointeineen. Systemaattiset kriteerit antavat tutkimukselle tieteellistä uskottavuutta muun muassa tutkimusprosessin toistettavuuden ja kriittisen arvioinnin kautta. (Isojärvi 2015; Metsämuuronen 2003, 17; Salminen 2011, 9–10.)

Opinnäytetyön tietoperusta muodostaa tutkimuksen lähtökohdat ja auttaa rajaamaan aineistoa tutkimusartikkelien etsintävaiheessa. Tässä opinnäytetyössä tietoperusta muodostuu palliatiivisesta hoidosta, palliatiivisen hoidon oireista sekä kahdesta palliatiivisen hoidon oiremittarista. Koska tutkimuksen tarkoituksena on löytää käyttökokemuksia ESAS -oiremittarista ja Terveysteen liittyvän elämänlaadun 15D -kyselylomakkeesta osana palliatiivista oirehoitoa, on tärkeä ymmärtää, mitä palliatiivinen hoito kokonaisuudessaan tarkoittaa, millainen oirekirjo siihen liittyy sekä mihin käytettävät oiremittarit perustuvat. Yksi tähän opinnäytetyöhön valikoituneista mittareista on ESAS -oiremittari, joka on parhaillaan käytössä Siun Soten palliatiivisessa yksikössä. Toinen yksikön käyttämä oiremittari on Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake 15D, jota yksikkö toivoo nostettavaksi lähempään tarkasteluun ESAS -oiremittarin rinnalle.

Opinnäytetyöhön valikoituneita oiremittareita koskevat tutkimusartikkelit seulotaan sisäänottokriteerien läpi. Tutkimukseen valikoituneista artikkeleista koostetaan oma taulukkonsa, josta käyvät ilmi tekijä/tekijät, tutkimuksen nimi sekä tiivistetysti keskeisimmät tulokset kummankin oiremittarin vahvuuksista ja puutteista. Kun taulukko on valmis, tehdään tutkimusten välinen synteesi kyseisen taulukon pohjalta.

### **6.3 Sisällön analyysi**

Aineiston analyysina on sisällön analyysi. Sisällön analyysi on sanallista tekstin sisällön kuvailua. Siinä aineistoa eritellään yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja

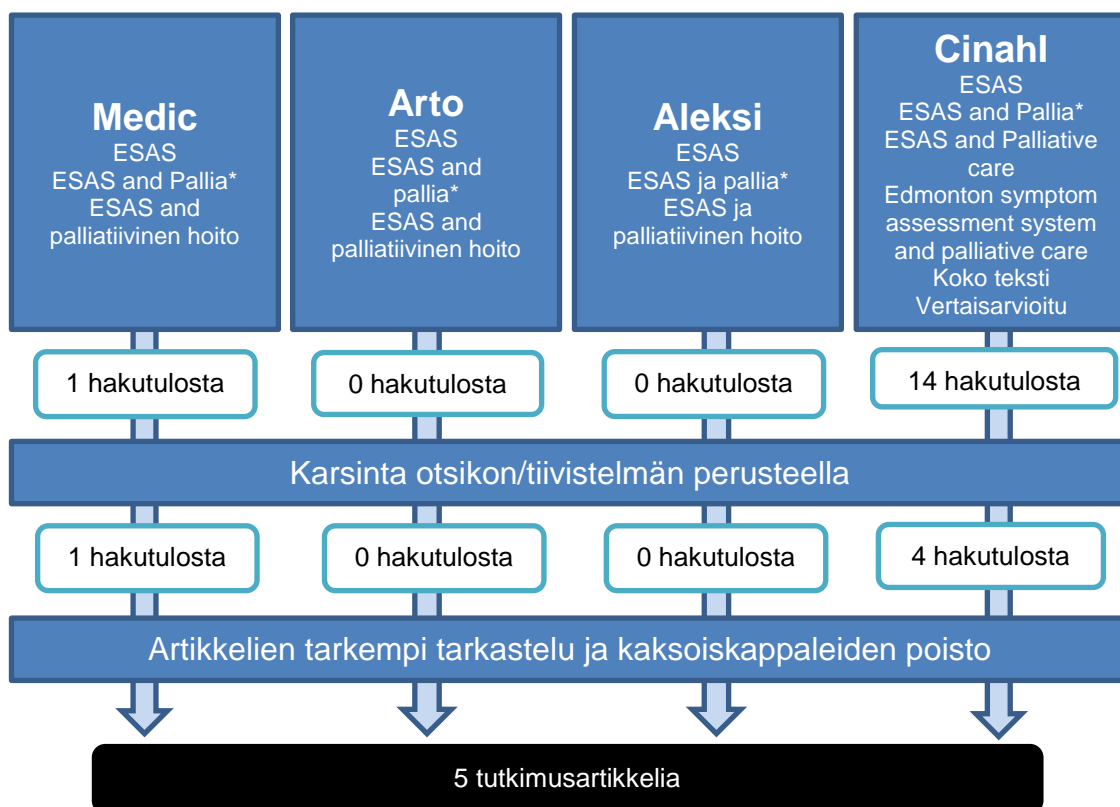
tiivistäen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 107–108; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93, 95, 103–104.)

Tarkasteltavat aineistot ovat jo valmiiksi tekstimuotoisia. Aineisto pirstotaan ensin pieniin osiin, pelkistetään, käsitteellistetään ja järjestetään myöhemmin uudelleenlaisiksi kokonaisuuksiksi. Lähdeaineiston laadun ja luotettavuuden arviointi on yksi sisällön analyysin prosessin vaiheista (liite 4). Sisällönanalyysi pyrkii muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyn kuvauksen, jolloin tulokset on kytkettävissä laajempaan kontekstiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 107–108; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93, 95, 103–104.)

Systemaattisessa aineistanalyysissä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt, tässä opinnäytetyössä tutkimusartikkelit, valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysi on aineistolähtöistä ja alkaa aineiston läpikäymisestä. Valikoiduista artikkeleista tehdään tiivistelmät ja perustiedot kerätään yhteiseen taulukkoon (liite 5). Aineiston analyysin tavoitteena on analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti toisiinsa vertaillen löytäen niistä yhtäläisyyksiä ja eroja. Aikaisempia tutkimuksia ei selitetä toisistaan irrallisina vaan aineistolla pyritään selvittämään, mitä aineiston tutkimukset kertovat yhdessä tutkimusaiheesta eli oiremittareista ja niiden toimivuudesta palliatiivisessa hoidossa. (Hiltunen 2009; Salminen 2011, 16, 25–26; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–96, 101–102, 123.)

## **7 Tiedonhaku**

Opinnäytetyön tiedonhaku on tehty neljää sähköistä tietokantaa hyödyntämällä. Suomenkielisissä hauissa on käytetty Medic-, Arto- ja Aleksi -tietokantoja ja englanninkielisissä hauissa Cinahl -tietokantaa. Tiedonhakuprosessi on esiteltynä kuvioissa 1 ja 2.



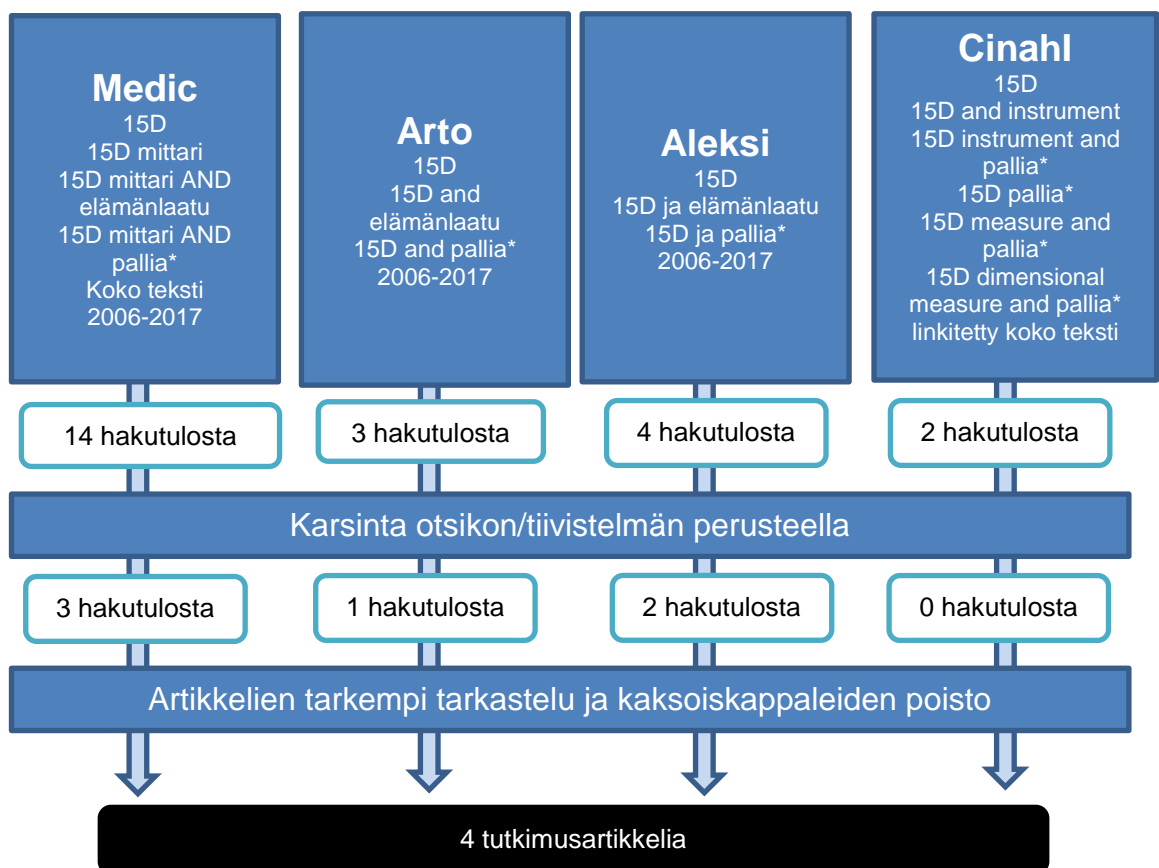
Kuvio 1. Tiedonhaku ESAS -oiremittarin tutkimusartikkeleista

Tiedonhaku on aloitettu hakemalla tutkimusartikkeleita kotimaisesta terveystieteellisestä Medic -tietokannasta. Hakusanalla *ESAS* kaikkiin kenttiin ilman rajoituksia, tuloksena tuli ainoastaan yksi tutkimusartikkeli. Lisäämällä hakukenttään AND hakusanan *Pallia\** ja *Palliatiivinen hoito*, tuloksena tuli jälleen yksi artikkeli hakua kohden. Kaksoiskappaleiden poiston yhteydessä havaittiin, että kyseessä oli sama artikkeli. Artikkeli valittiin tutkimusartikkeleiden joukkoon.

Kotimaisesta Arto -artikkeliviitetietokannasta hakusana *ESAS* sanahakuna ilman muita rajoituksia antoi kymmen artikkelia. Näistä käyttökelpoisia ei ollut yhtään, sillä löydetty artikkelit eivät koskeneet hoitotiedettä. Lisähakusanoilla *pallia\** ja *palliatiivinen hoito* tarkennetussa haussa ei antanut yhtään hakutulosta.

Kotimaisten lehtien sisältöihin keskittyvä Aleksi -tietokanta antoi hakusanalla *ESAS* ilman rajoituksia yhteensä kahdeksan tulosta. Näissä tuloksissa ei ollut yhtään tähän tutkimukseen soveltuvaa hoitotieteen artikkelia. Tarkennetulla haulla JA hakusanat *pallia\** sekä *palliatiivinen hoito* ei löytynyt yhtään artikkelia.

Viimeisenä tietokantana käytetty Cinahl on kansainvälinen hoitotieteen ja hoitotyön viitetietokanta. Hakusana *ESAS* antoi yhteensä 716 hakutulosta. Hakua tarkennettiin AND -toiminnolla hakemalla lisähakusanaa *pallia\**, jolloin tuloksia tuli 145 kappaletta. Rajauksilla koko teksti, englannin kieli ja vertaisarvioitu, hakutulokset karsiutuivat 22 tutkimusartikkeliin. Tuloksia haettiin lisäksi hakusanoilla *ESAS AND edmonton symptom assessment scale*, samat rajaukset säilyttäen ja tulokseksi tuli 18 tutkimusartikkeliä. Lisäämällä AND -toiminnolla hakusanaksi *pallia\**, hakutulokset karsiutuivat 14 tutkimusartikkeliin. Lopulta tutkimusartikkelit supistuivat neljään tutkimusartikkeliin, sillä tässä opinnäytetyössä oleellista oli löytää artikkeleja *ESAS* -oiremittarin käytettävyydestä ja käyttökokemuksesta palliatiivisessa hoitotyössä. Tarkemmassa tarkastelussa jouduttiin myös jättämään maksulliset artikkelit tutkimuksen ulkopuolelle.



Kuvio 2. Tiedonhaku 15D -elämänlaatumittarin tutkimusartikkeleista

15D -elämänlaatumittaria koskevaa tutkimusaineistoa on etsitty ensin Medic -tietokannasta. Hakusana *15D* ilman rajoituksia ei antanut yhtään hakutulosta. Lisätessä hakukenttään *15D mittari* ilman rajausta, tuloksia tuli puolestaan 189 artikkelia. Hakusanoilla *15D mittari* AND *elämänlaatu*, hakutulokset karsiutuivat 34:ään. Kun näitä tuloksia rajattiin koskemaan koko tekstiä ja vuosilukuja 2007–2017, tulokset rajautuivat 14 tutkimusartikkeliin. Näistä kolme artikkelia valikoitui tutkimukseen karsinnan kautta. Hakusanat *15D mittari* AND *pallia\** ei saatu yhtään tulosta.

Arto -artikkeliviitetietokanta antoi ilman rajoituksia hakusanalla *15D* yhteensä 33 tulosta. Tarkennushakuna hakusanat *15D* AND *elämänlaatu* karsi hakutulokset kahdeksaan tutkimusartikkeliin. Lisäämällä hakukriteeriksi vuosiluvut 2007–2017, jäljelle jäi kolme artikkelia, joista käyttöön valikoitui yksi. Hakusanoilla *15D* and *pallia\** ei löytynyt yhtään tulosta.

Aleksi -tietokannasta haku tehtiin ilman rajoituksia hakusanalla *15D*, jolloin tulokseksi saatiin 34 tutkimusartikkelia. Hakuun lisättiin JA *elämänlaatu*, jolloin hakutulokset karsiutuivat kahdeksaan artikkeliin. Vuosiluku 2007–2017 rajasi artikkelit neljään, joista käyttöön valikoitui kaksi artikkelia. Hakusanoilla *15D* JA *pallia\** ei löytynyt hakutuloksia.

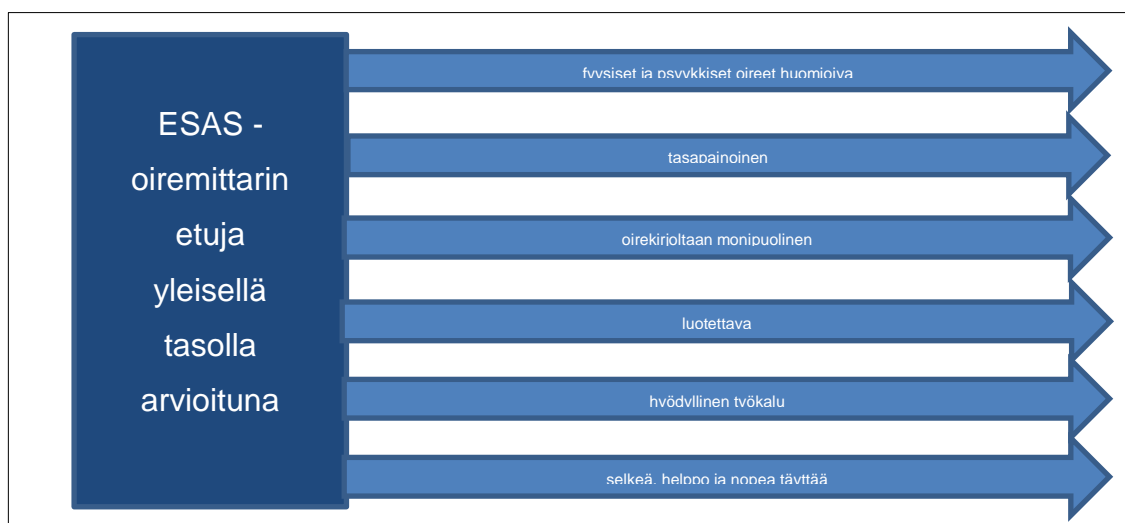
Cinahl -tietokannasta löytyi yhteensä 214 tulosta hakusanalla *15D*. Lisäämällä hakusanaan *15D instrument* tuloksia tuli 24 kappaletta ja niistä karsittuna AND *pallia\** 21 kappaletta. Linkitettyinä kokotekstinä näistä hakutuloksista ei jäänyt yhtään tulosta. Hakemalla pelkästään hakusanoilla *15D* AND *pallia\** hakutuloksia saatiin 381. Rajaamalla hakusanaan *15D measure* AND *pallia\** tuloksia tuli 29 artikkelia. Kokotekstinä tuloksia ei jäänyt ainoatakaan. Tuloksia on yritettiin löytää vielä hakusanoilla *15 dimensional measure* AND *pallia\**, jolloin tuloksia saatiin yhdeksän. Näistä linkitettyinä kokotekstinä löytyi kaksi. Valitettavasti kumpikaan tutkimusartikkeli ei ollut tämän opinnäytetyön kannalta käyttökelpoinen.



## 8 ESAS -oiremittarin käytettävyys palliatiivisessa hoidossa

### 8.1 ESAS -oiremittarin etuja

Baba, Fransson ja Lindh (2007, 610) arvioivat tutkimuksessaan ESAS -oiremittarin määrittävän tasapainoisesti yleisimmät fyysiset ja psyykkiset palliatiivisessa hoidossa esiintyvät oireet. Samaan tulokseen tulivat myös Slåtten, Fagerström ja Hatlevik (2010, 81, 85) omassa tutkimuksessaan. Salminen ja Salmenoja (2007, 827) ovat erityisesti tyytyväisiä siihen, että lomake huomioi masennuksen omana oireenaan, jolloin potilaan on helpompaa ottaa se puheeksi osana hoitoaan. ESAS -oiremittari on arvioitu yleisellä tasolla monipuoliseksi, hyödylliseksi ja luotettavaksi niin hoitohenkilöstön kuin potilaidenkin toimesta (Baba ym. 2007, 610, 613–616; Salminen & Salmenoja 2007, 825, 827–828; Watanabe, McKinnon, Macmillan & Hanson 2006, 111, 113–114). Sairaanhoitajat, jotka käyttivät ESAS-oiremittaria hoitorutiineissaan, arvioivat sen olevan yleisesti ottaen totuttamiskelpoinen ja hyödyllinen. Suurimman osan tutkimuksiin osallistuneiden potilaiden ja heitä hoitaneiden sairaanhoitajien mielestä lomakkeen täyttäminen on ollut potilaalle helppoa ja nopeaa. Potilailla ei ole yleensä ollut vaikeuksia hahmottaa mittarin asteikkoja. (Baba ym. 2007, 610, 613–616; Salminen & Salmenoja 2007, 827–828; Watanabe ym. 2006, 111, 113–114.) Kuvio 3 kokoaa ESAS -oiremittarin etuja yleisellä tasolla arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 3. ESAS -oiremittarin etuja yleisellä tasolla arvioituna (mukaillen Baba ym. 2007; Salminen & Salmenoja 2007; Slåtten ym. 2010; Watanabe ym. 2006)

Slåttenin ym. (2010, 84–85), Salmisen ja Salmenojan (2007, 826–827) sekä Watanaben ym. (2006, 111–113) mukaan potilaat hyötyvät ESAS -oiremittarin käytöstä, sillä näin potilaan subjektiivinen hyvinvoinnin arviointi toteutuu. ESAS -oiremittari on yksinkertainen itsearviointin kyselylomake, ja se auttaa potilasta keskittymään pääasiallisiin oireisiin. Mittari huomioi myös oireet, joita ei välttämättä kartoiteta vastaanottokäynnin yhteydessä. Baban ym. (2007, 614–616) sekä Salmisen ja Salmenojan (2007, 827–828) mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä ESAS -oiremittariin ja arvioivat sen melko hyväksi. Potilaat ovat kokeneet tulevansa paremmin kuulluksi ESAS -oiremittarin välityksellä. Kuvio 4 kokoaa ESAS -oiremittarin etuja potilaan kannalta arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.

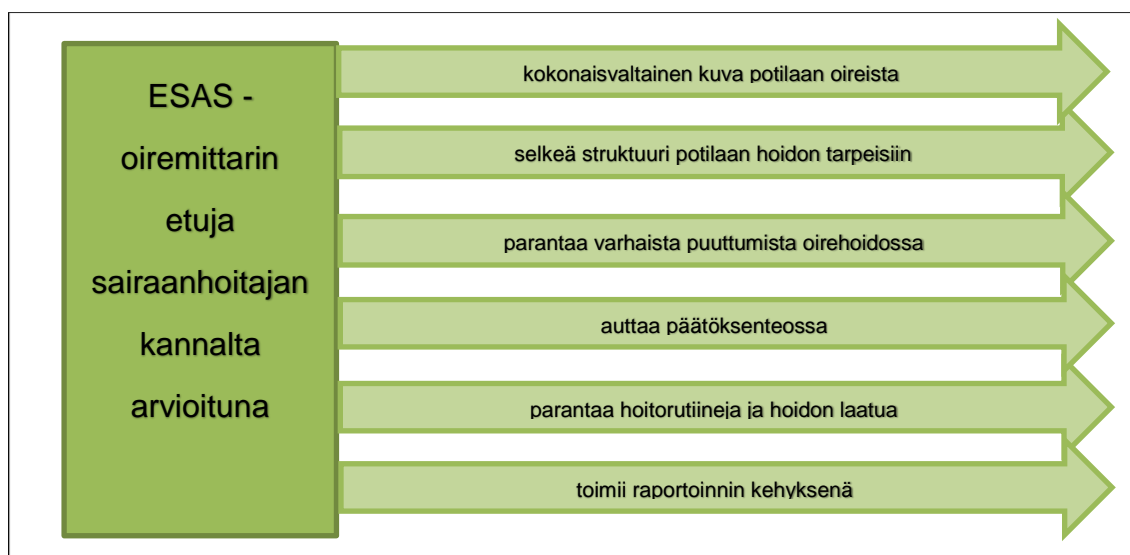


Kuvio 4. ESAS -oiremittarin etuja potilaan kannalta arvioituna (mukaillen Baba ym. 2007; Salminen & Salmenoja 2007; Slåtten ym. 2010; Watanabe ym. 2006)

Strukturoitu oirekartoitus antaa hoitohenkilöstölle kokonaisvaltaisen kuvan potilaan oireista, jolloin se auttaa muun muassa kipukierteen katkaisemiseen. Päivittäinen ESAS -oiremittarin käyttö tarjoaa sairaanhoitajille selkeän struktuurin potilaiden hoidon tarpeisiin ja helpottaa näin ollen päätöksentekoa ja edesauttaa

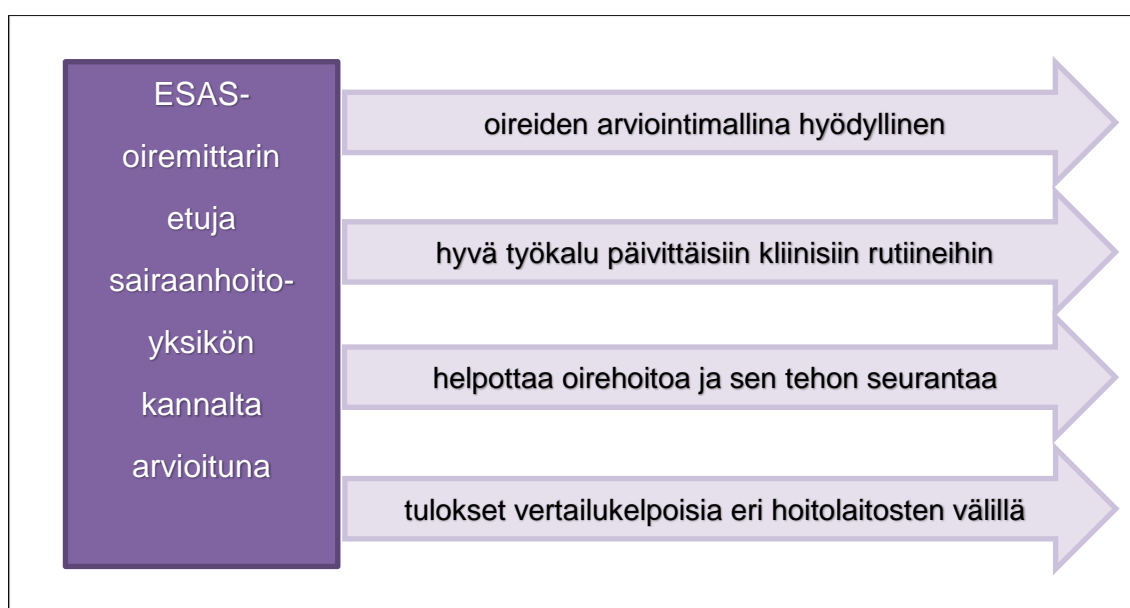
hyvän palliatiivisen hoidon tarjoamista. Oireiden häiritsevyys on helppo havaita ESAS -oiremittarin avulla jo varhaisessa vaiheessa osastolle saapumisesta. (Baba ym. 2007, 610, 613–616; Salminen & Salmenoja 2007, 827-828; Slåtten ym. 2010, 84–85; Watanabe ym. 2006, 111–114.)

Sairaanhoitajista suurin osa arvioi ESAS -oiremittarin olevan hyvä tai erittäin hyvä työkalu saada tietoa potilaiden oireista ja niiden häiritsevyydestä. Salminen ja Salmenoja (2007, 826) painottavat palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden oirekirjon olevan huomattavan suuri ja niiden tunnistamisen olevan oleellinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja hoidon onnistumista. He sekä Slåtten ym. (2010, 80, 84) havaitsivat ESAS -oiremittarin käytön vaikuttavan positiivisesti hoitorutiineihin ja niiden laatuun. Oiremittarin avulla potilaan monioireisuus tulee havaituksi helpommin. Sairaanhoitajat kokivat voivansa hoitaa potilaitaan paremmin oiremittarista saatujen tulosten pohjalta. Vaikka sairaanhoitaja ei ole jatkuvasti potilaalle läsnä, hän saa ESAS -oiremittarin kautta nopeasti ja helposti kuvan tämän terveydentilasta ja hoidon tarpeesta. Se tarjoaa myös yleisen pohjan potilaan voinnin kuvaamiseen henkilökunnan raporteissa. (Baba ym. 2007, 614–616; Salminen & Salmenoja 2007, 826–828; Slåtten ym. 2010, 84–85; Watanabe ym. 2006, 111, 113–114.) Kuvio 5 kokoaa ESAS -oiremittarin etuja sairaanhoitajan kannalta arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 5. ESAS -oiremittarin etuja sairaanhoitajan kannalta arvioituna (mukaillen Baba ym. 2007; Salminen & Salmenoja 2007; Slåtten ym. 2010; Watanabe ym. 2006)

ESAS -oiremittari on hyödyllinen palliatiivisen yksikön oireiden arviointimalli ja työkalu päivittäisiin kliinisiin rutiineihin sekä oireiden ja interventioiden seuraamiseen. ESAS -oiremittarin käyttö korreloi keskiverrosta suuresti hyvien hoitorutiinien sekä kivunlievityksen, pahoinvoinnin, ahdistuksen/levottomuuden, uupumuksen, suun ongelmien, hoitoon käytettävän ajan hallinnan ja kyvyn tunnistaa hoidon puutteen kanssa. ESAS -oiremittari sallii myös vertailun eri hoitolaitosten välillä. (Baba ym. 2007, 610, 613–616; Salminen & Salmenoja 2007, 827–828; Slåtten ym. 2010, 80, 82–85.) Kuvio 6 kokoaa ESAS -oiremittarin etuja sairaanhoitoyksikön kannalta arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 6. ESAS -oiremittarin etuja sairaanhoitoyksikön kannalta arvioituna (mukaillen Baba ym. 2007; Salminen & Salmenoja 2007; Slåtten ym. 2010)

Oireiden helpottamisella potilaan elämänlaatu saadaan tuettua parhaaksi mahdolliseksi hänen omaan subjektiiviseen kokemukseensa nojaten (Slåtten ym. 2010, 80, 84–85). Tämä on tärkeää, sillä Guner, Akin ja Durna (2014) vahvistivat oman tutkimuksensa kautta, että sairaanhoitajat aliarvioivat usein potilaan tuntemaan kivun määrän. Heidän tutkimuksessaan aineisto kerättiin käyttämällä ESAS -oiremittaria systemaattisesti tutkimuksen kriteerit täyttävien syöpäpotilaiden sekä heitä hoitaneiden sairaanhoitajien arvioimina.

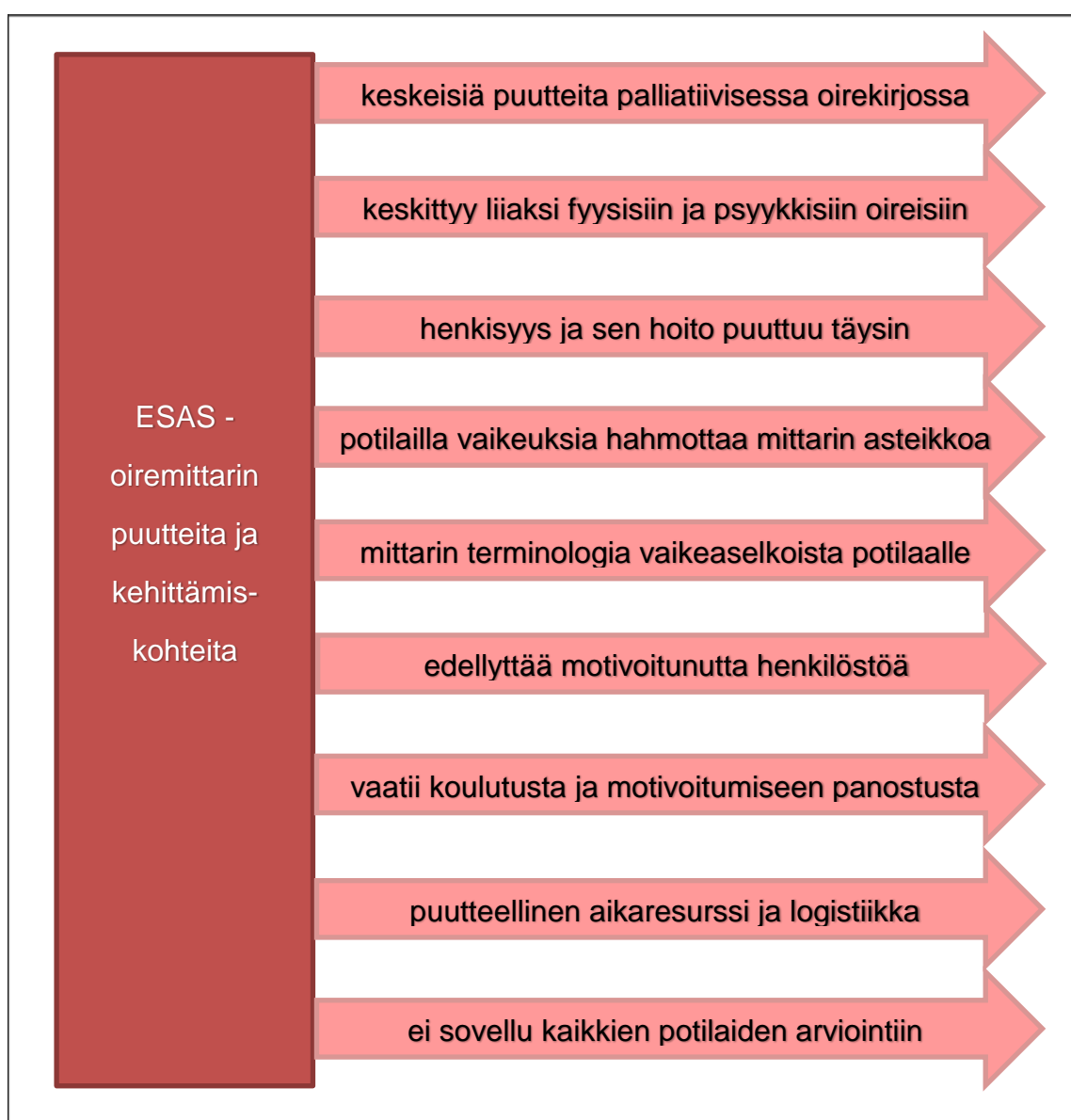
## 8.2 ESAS -oiremittarin kehittämiskohteita

Useampien tutkimusten mukaan ESAS -oiremittarista puuttuvat palliatiivisen potilaan keskeisistä oireista ummetus, ripuli, virtsaamishäiriö ja nukkumisvaikeudet (Baba ym. 2007, 616; Salminen & Salmenoja 2007, 826; Slåtten ym. 2010, 85). Samoin henkisyyteen ja sen hoitamiseen, eettisiin kysymyksiin, suruun ja menetyksen ymmärtämiseen sekä perheen tukemiseen kyselylomake ei anna tukea. Potilaat toivoivat komponenttia esimerkiksi perheen kokeman ahdistuksen ja huolen määrään heidän itsensä arvioimana. ESAS -oiremittarilomakkeella keskitytään enemmän fyysisten ja psyykkisten oireiden hoitamiseen, vaikka ne ovat vain osa palliatiivisen potilaan oirekirjoa. (Baba ym. 2007, 615–616; Slåtten ym. 2010, 84–85.)

Osa potilaista arvioi ESAS -oiremittarin arviointiasteikon liian laajaksi (Baba ym. 2007, 614–615). Myös Salmisen ja Salmenojan (2007, 827) tutkimuksessa osalla potilaista oli vaikeuksia hahmottaa mittarin asteikkoja. Watanaben ym. (2006, 113–114) tutkimuksen 36 % potilaista ei ymmärtänyt kunnolla ESAS-oiremittarin terminologiaa. Esimerkiksi käsitteet ”uupumus” ja ”väsymys” saattoivat sekoittaa potilaalla tai käsitettä ”hyvinvointi” oli vaikea ymmärtää.

ESAS -oiremittarin käytön havaittiin Slåttenin ym. (2010, 80, 84–85) sekä Watanaben ym. (2006, 111, 113–114) tutkimuksissa edellyttävän motivoitunutta henkilöstöä. Mikäli hoitohenkilöstö ei koe mittaria hyödyllisenä, he eivät näe potilaidenkaan hyötyvän sen käytöstä. Myös Baba ym. (2007, 615–616) vahvistavat tämän ja pitävät tärkeänä rutiinien kehittämistä oiremittarin systemaattista käyttöä varten päivittäisessä hoitotyössä. Uuden työkalun käyttöön ottaminen vaatii koulutusta ja motivoimiseen panostamista esimiestasolta. Baban ym. (2007, 614–616) mukaan osa sairaanhoitajista arvioi ESAS -oiremittarin epäkäytännölliseksi ja vaikeaksi teettää osana lääkärintarkistusta. Logistisiin pulmiin tulisikin kiinnittää huomiota ja varmistaa esimerkiksi lomakkeiden saatavuus kierron aikana. Samoin hoitohenkilöstö toivoi aikaresurssin lisäämistä lomakkeen hyödyntämiseen. Osa kokee ongelmallisena henkilökunnan erilaiset suhtautumistavat oiremittariin ja sen käyttöön.

Kaikkia potilaita ei voida arvioida ESAS -oiremittaria hyödyntämällä. Potilaan fyysinen tila vaikuttaa ESAS -oiremittarin täyttämiseen kuluvaan aikaan ja vaivaan. Muun muassa Baba ym. (2007, 615–616) toteaa oiremittarin olevan liian raskas sädehoidossa oleville potilaille. Heidän saamansa aineiston mukaan oireiden arviointi onnistuu vasta viikkoja kivuliiden hoitojaksojen jälkeen. Saattohoidossa edellytykset ESAS -oiremittarin täyttämiseen ovat sitä pienemmät, mitä lähempänä kuolema on. (Watanabe ym. 2006, 111, 113–114.) Kuvio 7 kokoaa ESAS -oiremittarin puutteita ja kehittämiskohteita tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 7. ESAS -oiremittarin puutteita ja kehittämiskohteita (mukaillen Baba ym. 2007; Salminen & Salmenoja 2007; Slåtten ym. 2010; Watanabe ym. 2006)

## **9 15D -elämänlaatumittarin käytettävyys palliatiivisessa hoidossa**

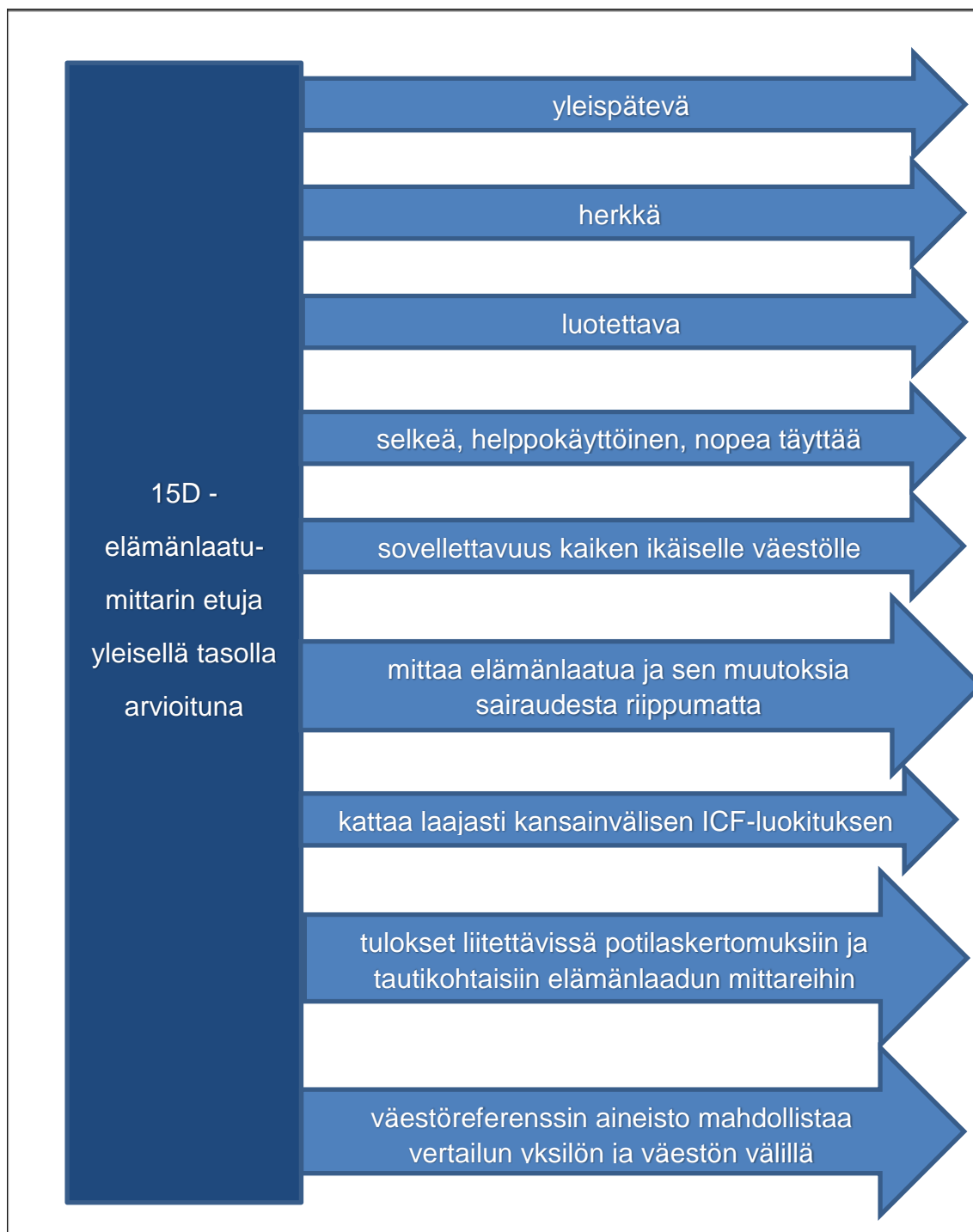
### **9.1 15D -elämänlaatumittarin etuja**

15D -elämänlaatumittari on Sintosen (2009, 14–15; 2013, 1264) sekä Koskisen, Talon, Hokkisen, Paltamaan ja Musikka-Siirtolan (2009, 198) mukaan käytetyin elämänlaatumittari Suomessa. 15D-elämänlaatumittari on yleispätevä, herkkä, luotettava ja helppokäyttöinen. Lomake on Sintosen (2009, 14; 2013, 1263) arvion mukaan nopea täyttää.

Sintonen (2009, 14–17; 2013, 1265–1267) painottaa 15D -elämänlaatumittarin olevan käyttömahdollisuuksiltaan verrattain laajin, sillä se soveltuu elämänlaadun ja sen muutosten mittaamiseen potilaan vammasta tai sairaudesta riippumatta. 15D -elämänlaatumittari sisältää 15 fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä mittaavaa ulottuvuutta. Ruumiin ja kehon toiminnot painottuvat, mutta mittari kattaa laajasti myös WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF -luokituksen kuvauskohteita pääluokista mielentoiminnot, aistitoiminnot ja kipu, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, ympäristötekijät, keskeiset elämänalueet, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä, tunne-elämän toiminnot sekä vastikkeellinen työ. Koskinen ym. (2009, 199–200) selvittivät 15D -elämänlaatumittarin sisältävän kolmeen muuhun Suomessa käytössä olevaan terveyteen liittyvään elämänlaadun mittariin verrattain eniten toimintakykyä kuvaavia käsitteitä yksittäistä kysymystä kohden. He havaitsivat myös 15D -elämänlaatumittarin linkittyvän yli viiteenkymmeneen ICF -luokituksen eri kuvauskohteeseen, joita ei esiinny muissa tutkimuksessa mukana olleissa mittareissa.

On tärkeä yhdistää 15D -elämänlaatumittarilla saatu tieto potilaskertomuksiin, tautikohtaisiin elämänlaadun mittareihin ja rekisteristä saatavaan hoidon vaikuttavuudesta kertovaan tietoon. Terveys2011 -aineisto väestöreferensseistä mahdollistaa vertailun yksilön tulosten kanssa. Väestöreferenssi on painotettavissa ikä- ja sukupuolijakauman mukaan. 15D -elämänlaatumittarin eduksi katsotaan sen sovellettavuus kaiken ikäiselle väestölle. Lapsille ja nuorille

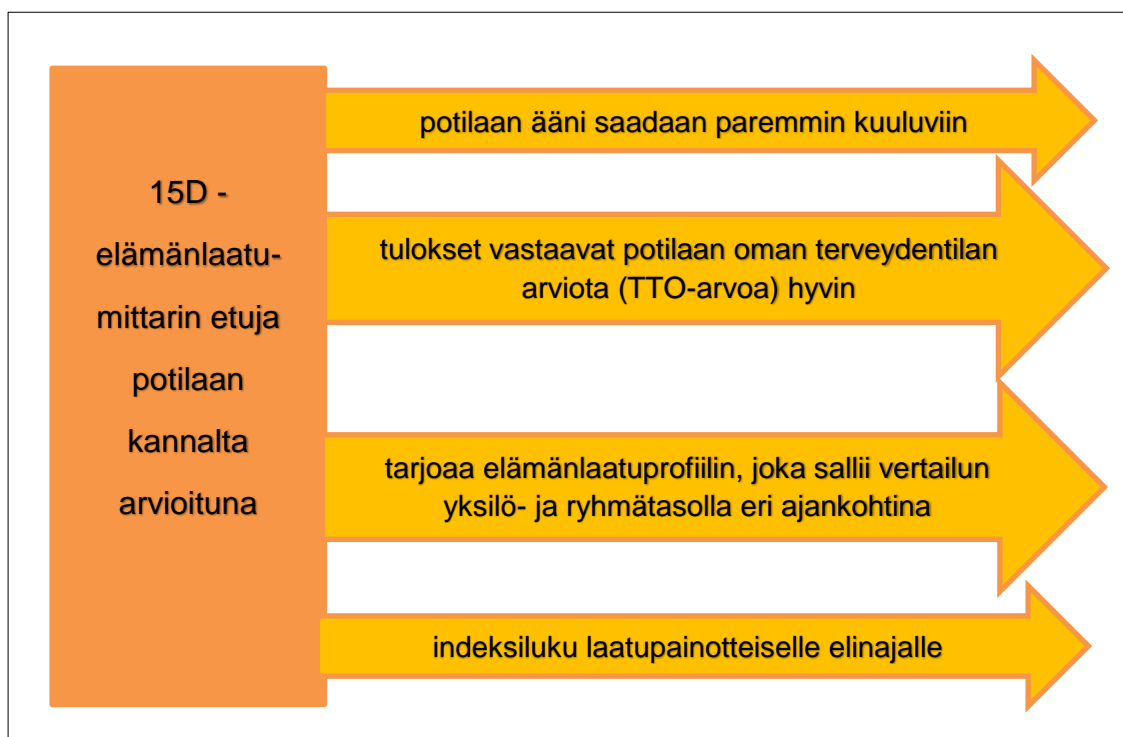
löytyy omat versionsa. (Koskinen ym. 2009, 198; Roine 2016, 1539–1540; Sintonen 2009, 14–17; Sintonen 2013, 1263–1266.) Kuvio 8 kokoaa 15D -elämänlaatumittarin etuja yleisellä tasolla arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 8. 15D -elämänlaatumittarin etuja yleisellä tasolla arvioituna (mukaillen Koskinen ym. 2009; Roine 2016; Sintonen 2009; Sintonen 2013)



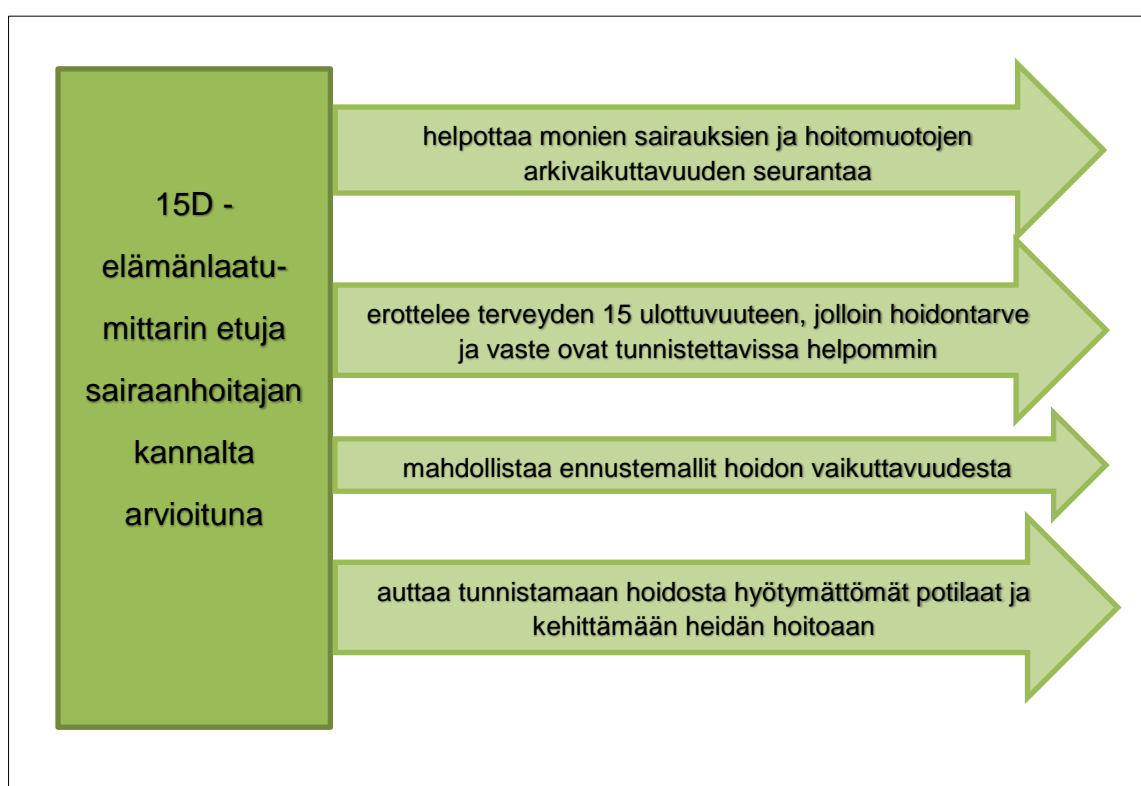
Potilaan ääni saadaan 15D -elämänlaatumittarin välityksellä kuuluviin. Sintonen (2013, 1266) on havainnut eri tutkimusten pohjalta 15D -elämänlaatumittarin antamien lukemien vastaavan parhaiten potilaiden oman terveydentilan arviota (TTO-arvoa) aina 75 ikävuoteen asti. Potilas saa mittarin tuloksena elämänlaatu-profiilin ja indeksiluvun laatupainotteiselle elinajalle (QALY). 15D -profiili on verrattavissa yksilön tai ryhmän terveydentilaan eri aikoina, jolloin näkyväksi tulee, millä ulottuvuuksilla, mihin suuntaan ja miten paljon muutoksia on tapahtunut. (Roine 2016, 1538–1540; Sintonen 2009, 14–17; Sintonen 2013, 1264–1266.) Kuvio 9 kokoaa 15D -elämänlaatumittarin etuja potilaan kannalta arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 9. 15D -elämänlaatumittarin etuja potilaan kannalta arvioituna (mukaillen Koskinen ym. 2009; Roine 2016; Sintonen 2009; Sintonen 2013)

15D -elämänlaatumittari on Roineen (2016, 1538–1540) mukaan hyödyllinen väline monien sairauksien ja eri hoitomuotojen arkivaikuttavuuden seurannassa. 15D-profiiliin myötä selviää hoidon vaikuttavuus yksilön tai ryhmän hyvinvointiin 15 eri ulottuvuudella tasoilla 1-5 ilmaistuna. Tasoilla erotellaan kutakin mitattavaa ominaisuutta. Samanlaista laatupainotteista profiiliominaisuutta ei Sintosen (2013, 1264) mukaan ole muissa elämänlaatumittareissa. 15D -elämänlaatumittari voi tuottaa tulokseksi lukuisia eri terveydentiloja, mutta se

kertoo myös, missä terveyden 15 ulottuvuudessa on ongelmia ja kuinka ne ovat reagoineet annettuun hoitoon. Sintonen (2009, 14–17; 2013, 1264–1266) tarkentaa, että kun 15D -profiilitietoa on kerääntynyt potilaiden ominaisuuksista ja tilasta ennen hoitoa ja erilaisten hoitojen jälkeen, voidaan luoda ennusmalleja siitä, millaiset potilaat hyötyvät mistäkin hoidosta. Roine (2016, 1540) näkee eduksi sen, että 15D -elämänlaatumittari auttaa tunnistamaan hoidosta hyöttyneet ja hyötymättömät potilaat, jolloin hyötymättömien hoitoon voi syventyä tarkemmin sen kehittämiseksi. Kuvio 10 kokoa 15D -elämänlaatumittarin etuja sairaanhoitajan kannalta arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.

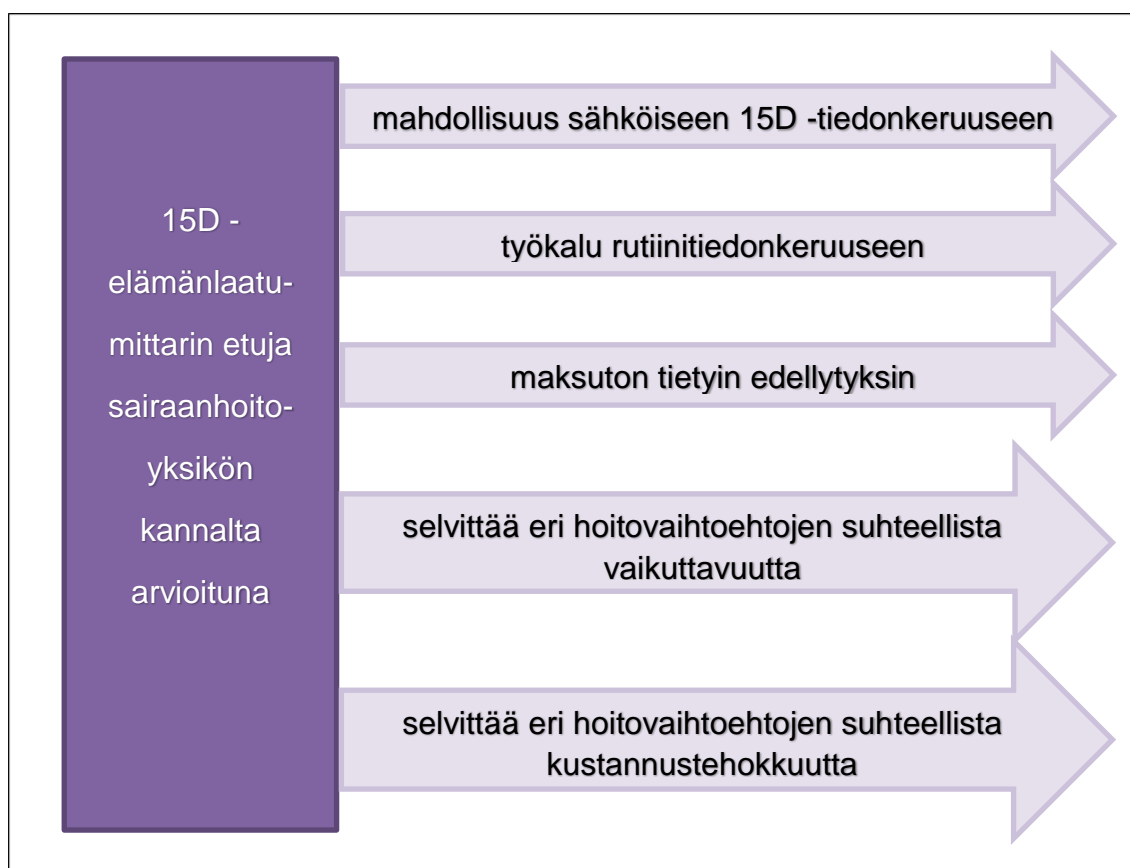


Kuvio 10. 15D -elämänlaatumittarin etuja sairaanhoitajan kannalta arvioituna (mukaillen Koskinen ym. 2009; Roine 2016; Sintonen 2009; Sintonen 2013)

Osassa sairaanhoitopiirejä, kuten esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, toimii sähköinen 15D -tiedonkeruu. Sähköinen tiedonkeruu on osa rutiinitiedonkeruuta, ja lomake täytetään ennen hoitopaikkaan saapumista sähköisen asiointin kautta. Tietoja on kerätty myös tabletilaitteilla ensikäynnin yhteydessä. Akateemiseen ja ei-kaupalliseen tarkoitukseen 15D -

elämänlaatumittari on maksuton, muutoin se edellyttää lisenssin tai käyttöluvan. (Sintonen 2009, 14–17; 2013, 1267.)

Terveyskeskukset ja sairaalat voivat selvittää 15D -elämänlaatumittarin avulla eri hoitovaihtoehtojen suhteellista vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Vastaava vertailu onnistuu Sintosen (2009, 14–17; 2013, 1266–1267) mukaan myös yksiköiden välillä. Kuvio 11 kokoaa 15D -elämänlaatumittarin etuja sairaanhoitoyksikön kannalta arvioituna tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 11. 15D -elämänlaatumittarin etuja sairaanhoitoyksikön kannalta arvioituna (mukaillen Koskinen ym. 2009; Roine 2016; Sintonen 2009; Sintonen 2013)

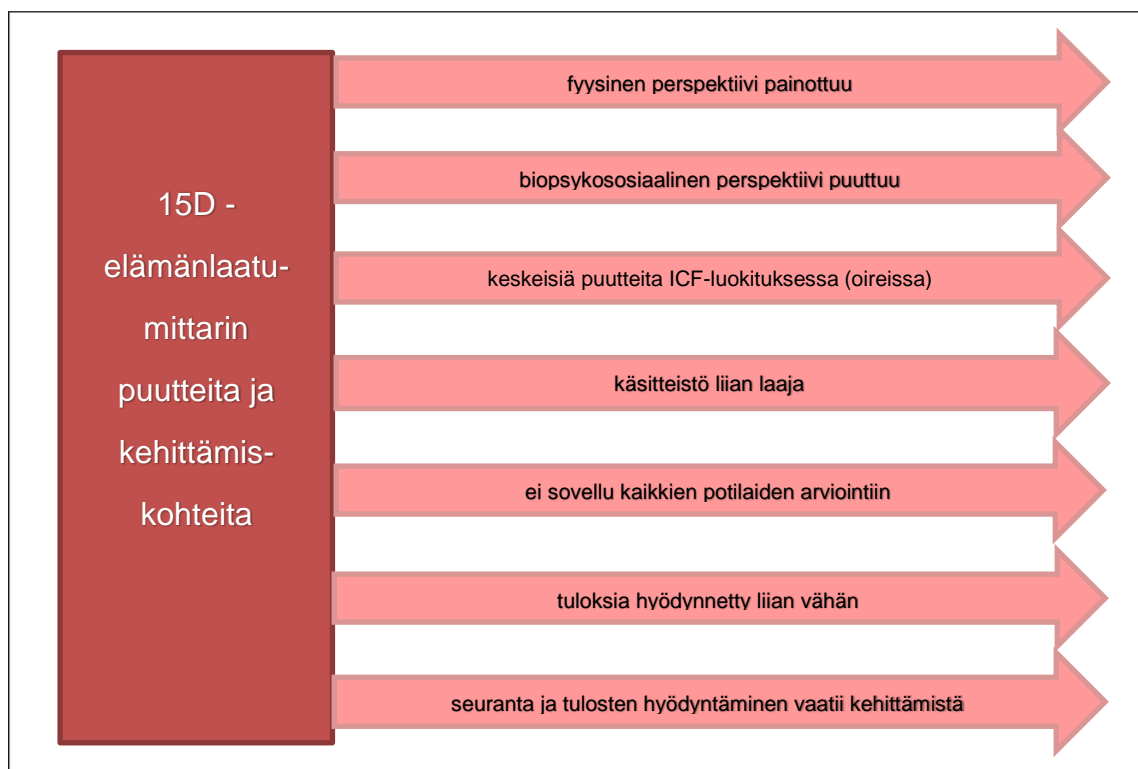
## 9.2 15D -elämänlaatumittarin kehittämiskohteita

Roineen (2006, 1541) mukaan 15D -elämänlaatumittari ei sovellu välttämättä kaikkien potilasryhmien tutkimiseen. Näitä ryhmiä ovat esimerkiksi muistisairaat tai skitsofreenikot, joilla ei ole sairautentuntoa. Koskinen ym. (2009, 204–205) puolestaan antaa kritiikkiä siitä, että 15D -elämänlaatumittarin kuvauskohteiden

laatua arvioidaan fyysisestä perspektiivistä. Tällöin biopsykososiaalinen arviointi, kuten oma motivaatio, suuntautuneisuus tai yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet, eivät toteudu arviointi- ja mittaustuloksissa.

15D -elämänlaatumittari sisältää vähän osioita, mutta paljon erillisiä toimintakykyä kuvaavia käsitteitä yksittäisten osioiden sisällä. Esimerkiksi liikuntakykyä koskeva kysymys sisältää 12 erilaista toimintakykyä kuvaavaa käsitettä. ICF -kuvauskohteisiin rinnastettuna 15D -elämänlaatumittari ei näin ollen mittaa 15:sta eri kohdetta, vaan kaiken kaikkiaan toimintakykyä kuvaavia kuvauskohteita on yli 70. ICF -luokituksen ruumiin tai kehon rakenteisiin, oppimiseen ja tiedon soveltamiseen sekä asenteisiin liittyvät kuvauskohteet puuttuvat kokonaan. (Koskinen ym. 2009, 205.)

15D -elämänlaatumittarin tuloksia on hyödynnetty toistaiseksi Roineen (2016, 1541–1542) mukaan varsin vähän. Seuranta ja varmistus tulosten vaikuttavuudesta hoitokäytäntöihin vaativat vielä kehittämistä. Kuvio 12 kokoaa 15D -elämänlaatumittarin puutteita ja kehittämiskohteita tutkimusaineistoon pohjautuen.



Kuvio 12. 15D -elämänlaatumittarin puutteita ja kehittämiskohteita (mukaillen Koskinen ym. 2009; Roine 2016; Sintonen 2009; Sintonen 2013)

## 10 ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin synteesi

ESAS -oiremittaria ja 15D -elämänlaatumittaria rinnakkain tarkasteltuna on helppo havaita yhtäläisyyksiä, joskin myös eroja tutkimusaineiston pohjalta (taulukko 1). Yleisellä tasolla arvioituna 15D -elämänlaatumittari näyttää kattavammalta. Molemmat mittarit keskittyvät aiempien tutkimusten mukaan fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin ja ovat ominaisuuksiltaan monipuolisia niin oirekuvaukseltaan kuin luokituksiltaan, luotettavia sekä selkeitä, helppoja ja nopeita täyttää. Nämä piirteet korostuvat palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden tarpeisiin peilaten. Lisäksi 15D -elämänlaatumittaria on kuvattu yleispäteväksi, herkäksi, kaiken ikäisille sovellettavaksi mittariksi, joka mittaa elämänlaatua ja sen muutoksia sairaudesta riippumatta. 15D -elämänlaatumittarilla saadut tulokset ovat liitettävissä potilaskertomuksiin ja tautikohtaisiin elämänlaatumittareihin, mutta samalla 15D -elämänlaatumittari mittaa elämänlaatua ja sen muutoksia sairaudesta riippumatta. Väestöreferenssi on hyödynnettävissä 15D -elämänlaatu-profiileihin ja indeksilukuihin, mikä puolestaan helpottaa yksilön tilanteen seuraamista ja sen vertaamista tarvittaessa suurempaan ryhmään sukupuolen ja iän perusteella. ESAS -oiremittari on saanut puolestaan erityisesti kiitosta tasapainoisuudestaan ja kyvystään muotoutua hyödylliseksi työkaluksi osana palliatiivista hoitotyötä.

Potilaan kannalta ESAS -oiremittari on tähän opinnäytetyöhön valikoituneen aineiston pohjalta arvioituna potilaat paremmin huomioon ottava. Molemmat mittarit antavat potilaalle kuulluksi tulemisen kokemuksen, kokoavat potilaan olennaisimmat oireet ja erityisesti 15D -elämänlaatumittarin tulosten on havaittu vastaavan potilaan oman terveydentilan arviota (TTO-arvoa) hyvin. ESAS -oiremittari korostaa potilaan subjektiivista näkemystä omista oireistaan ja auttaa potilasta keskittymään pääasiallisiin oireisiinsa ja niiden häiritsevyyteen. ESAS -oiremittarin ansiona on lisäksi ominaisuus toimia yksinkertaisena itsearviointin lomakkeena. Potilaan kannalta 15D -elämänlaatumittarin kiistattomana etuna on kuitenkin elämänlaatu-profiili ja laatu-painotteisen elinajan indeksiluku, joka mahdollistaa tulosten sovellettavuuden moneen.

Sairaanhoitajan kannalta arvioituna molemmat mittarit vastaavat hyvin toisiaan. Molemmat tarjoavat hoitohenkilökunnalle kokonaisvaltaisen kuvan potilaan oireista, antavat selkeän struktuurin hoidon tarpeisiin ja parantavat mahdollisuuksia oirehoidon varhaiseen puuttumiseen. Aineiston pohjalta koottuna sekä ESAS -oiremittari että 15D -elämänlaatumittari parantavat hoitorutiineja ja hoidon laatua. 15D -elämänlaatumittarin tulokset auttavat arvioimaan ennustemalleja hoidon vasteesta tietyntylaisille potilaille. Se helpottaa samalla tunnistamaan hoidosta hyötymättömät potilaat ja kehittämään heidän hoitoaan. Sairaanhoitajat ja muu hoitohenkilöstö arvioi ESAS -oiremittarin auttavan hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä toimivan hyvin raportoinnin kehyksenä osana arkityötä.

Sairaanhoitoyksikön kannalta molempien mittareiden on arvioitu olevan hyödyllisiä työkaluja päivittäisiin kliinisiin rutiineihin, helpottavan oirehoitoa ja sen vaikuttavuuden seurantaa. Lisäksi ESAS -oiremittarin on nähty olevan hyödyllinen oireiden arviointimalli yksikön omiin tarpeisiin sekä tulosten olevan vertailukelpoisia eri hoitolaitosten välillä. 15D -elämänlaatumittarin tiedonkeruu on suoritettavissa sähköisesti rutiinitoimenpiteenä ennen vastaanotolle saapumista. 15D -elämänlaatumittarin tulokset selvittävät myös yksikön kannalta eri hoitovaihtoehtojen vasteen lisäksi niiden kustannustehokkuutta.

Taulukko 1. ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin käytettävyys palliatiivisessa hoidossa tutkimusaineiston pohjalta

	ESAS - oiremittari	15D - elämänlaatu- mittari
<b>Yleisellä tasolla arvioituna</b>		
Fyysiset ja psyykkiset oireet korostuvat	x	x
Tasapainoinen	x	
Monipuolinen	x	x
Luotettava	x	x
Yleispätevä		x
Herkkä		x
Hyödyllinen työkalu	x	
Selkeä, helppo ja nopea täyttää	x	x

Sovellettavissa kaiken ikäiselle väestölle		x
Mittaa elämänlaatua ja sen muutoksia sairaudesta riippumatta		x
Tulokset liitettävissä potilaskertomuksiin ja tautikohtaisiin elämänlaadunmittareihin		x
Väestöreferenssi hyödynnettävissä		x
<b>Potilaan kannalta arvioituna</b>		
Subjektiiivisuus toteutuu	x	
Huomio pääasiallisiin oireisiin	x	
Kokoa olennaisimmat oireet	x	x
Potilastyytyväisyys hyvä	x	x
Yksinkertainen itsearvioinnin lomake	x	
Potilas kokee tulevansa kuulluksi	x	x
Luo elämänlaatuprofiilin ja indeksiluvun laatupainotteiselle elinajalle		x
<b>Sairaanhoitajan kannalta arvioituna</b>		
Kokonaisvaltainen kuva potilaan oireista	x	x
Selkeä struktuuri hoidon tarpeisiin	x	x
Parantaa varhaista puuttumista oirehoidossa	x	x
Auttaa päätöksenteossa	x	
Parantaa hoitorutiineja ja hoidon laatua	x	x
Mahdollistaa ennustemallit hoidon vaikuttavuudesta		x
Toimii raportoinnin kehyksenä	x	
<b>Sairaanhoitoyksikön kannalta arvioituna</b>		
Hyödyllinen yksikön oireiden arviointimalli	x	
Työkalu päivittäisiin klinisiin rutiineihin	x	x
Sähköinen tiedonkeruu mahdollinen		x
Helpottaa oirehoitoa ja sen vaikuttavuuden seurantaa	x	x
Huomioi eri hoitovaihtoehtojen kustannustehokkuuden		x
Tulokset vertailukelpoisia hoitolaitosten välillä	x	x

ESAS -oiremittari ja 15D -elämänlaatumittari sisältävät myös puutteita ja kehittämiskohteita (taulukko 2). Yhteisiä puutteita olivat selkeät puutteet palliatiivisessa oirekirjossa sekä havainto, että mittarit eivät välttämättä sovellu

kaikkien potilaiden oireiden tai elämänlaadun mittaamiseen. Keskittyminen liiaksi fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin vie tilaa henkisyydeltä ja sen hoitamiselta (ESAS) sekä biopsykososiaaliselta näkökulmalta (15D). Potilailla on ollut toisinaan aineiston mukaan vaikeuksia hahmottaa ESAS -oiremittarin arviointiasteikkoa ja terminologia on ollut vaikeaselkoista. 15D -elämänlaatumittaria on moitittu sen sijaan sen liian laajasta käsitteistöstä ja puutteista ICF -luokituksessa. Tuloksia on hyödynnetty varsin vähän mahdollisuuksiin nähden. Seuranta ja tulosten hyödyntäminen vaativat edelleen kehittämistä erityisesti 15D -elämänlaatumittauksessa. ESAS -oiremittari edellyttää motivoitunutta henkilöstöä sekä koulutusta ja panostusta motivoimiseen esimiestasolta. Puutteellinen aikaresurssi ja logistiikka esimerkiksi lomakkeen saantiin ja mukana kulkemiseen on tuottanut hankaluuksia.

Taulukko 2. ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin puutteita ja kehittämiskohteita palliatiivisessa hoidossa tutkimusaineiston pohjalta

	<b>ESAS - oiremittari</b>	<b>15D - elämänlaatu- mittari</b>
Keskeisiä puutteita palliatiivisessa oirekirjossa	x	x
Keskittyy liiaksi fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin	x	x
Henkisyys ja sen hoito puuttuu kokonaan	x	
Biopsykososiaalinen perspektiivi puuttuu		x
Potilailla vaikeuksia hahmottaa mittarin asteikkoa	x	
Mittarin terminologia vaikeaselkoista potilaalle	x	
Käsitteistö liian laaja		x
Edellyttää motivoitunutta henkilöstöä	x	
Edellyttää koulutusta ja motivoitumiseen panostusta	x	
Puutteellinen aikaresurssi ja logistiikka riskinä	x	
Tuloksia hyödynnetty liian vähän		x
Seuranta ja tulosten hyödyntäminen vaatii kehittämistä		x
Ei sovellu kaikkien potilaiden arviointiin	x	x



## 11 Pohdinta

### 11.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää tulosten kuvausta siten, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimusaineiston tutkimusten tulisi olla luotettavuuden kannalta alkuperäistutkimuksia, jolloin virheiden mahdollisuus on pienempi. Systemaattinen aineiston valinta mahdollistaa luotettavien tutkimustulosten saamisen. Aineiston ja tulosten kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kirjaamista. Kirjallisuuskatsauksen systemaattisuus vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69–71, 159–160; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96, 134–136.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessia, aineiston keruuta, tuloksia ja niiden analysointia on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja tarkasti niin tekstissä, kuin erilaisten kuvioiden ja taulukoiden avulla. Tutkimukseen valikoituneet artikkelit ovat alkuperäistekstejä. Aineisto on kerätty systemaattisesti tämän opinnäytetyön sisäänottokriteerien sekä lähdeaineiston laadun ja luotettavuuden arvioinnin mittareiden avulla. Aineiston keruu ja siinä käytetyt tietokannat hakusanoineen on kuvattu tarkasti. Ennen synteesiä, tulokset on koottu taulukoksi (liite 5), josta löytyvät omat sarakkeet tutkimustehtävän mukaisesti mittarin eduille ja kehittämiskohteille. Tutkimuskontekstina palliatiivinen hoito, saattohoito, palliatiivisen hoidon oireet sekä ESAS -oiremittari ja 15D -elämänlaatumittari ovat kattavasti kuvattuja ennen varinaista tutkimuksen kuvausta ja synteesiä. Lähdeviittaukset on kirjattu huolellisesti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskeskustelussa kysymykset totuudesta ja objektiivisuudesta ovat ilmeisiä. Objektiivisuudessa keskeistä on ottaa huomioon havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Periaatteessa laadullisessa tutkimuksessa myönnetään objektiivisuuden haaste tilanteessa, jossa tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. Täydelliseen objektiivisuuteen ei näin ollen voi koskaan päästä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69–71, 159–160; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96, 134–136.)

Tässä opinnäytetyössä objektiivisuutta on arvioitava kriittisesti edellä mainituista syistä. Tutkijana olen pyrkinyt tekemään havainnot sellaisina, kuin ne lähdekirjallisuudessa ja tutkimukseen valikoituneissa artikkeleissa ovat kuvattuina. Englanninkielisissä artikkeleissa on huomioitava, että vieras kieli voi vaikuttaa tulkintoihin ja niiden tekemiseen. Tästä syystä luin ja käänsin tekstit suomen kielelle useampaan kertaan ennen synteesin kirjoittamista.

Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Tutkijan on tärkeä tiedostaa, mitä on tutkimassa ja miksi. Tutkijan tuleekin kertoa tarkkaan, miksi hän on valinnut tutkimuskysymykset, päätynyt valittuun tutkimusmenetelmään sekä hakutermit ja kriteerit, joilla aineisto on kerätty. Teoriaan liittyvä triangulaatio, jossa tutkija ottaa huomioon monia teoreettisia näkökulmia laajentaakseen tutkimuksen näkökulmaa, lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan on hyvä ymmärtää myös omat sitoumuksensa tutkimusaihetta kohtaan. Koko tutkimusprosessin huolellinen dokumentointi sekä tutkimukseen liittyvien valintojen ja päätösten kirjaaminen lisäävät tutkimuksen luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä. Tutkimuksen toistettavuus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Toistettavuuden lisäksi tutkimuksen valideetti eli pätevyys ilmaisee, onko valitulla tutkimusmenetelmällä saatu vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tärkeä havainnoida aineiston analyysia, tutkimuksen raportointia ja sitä, onko tutkimus eettisesti korkeatasoinen. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 59; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141, 145.)

Tämä opinnäytetyö etenee johdonmukaisesti alusta loppuun saakka. Opinnäytetyön aihe on tullut toimeksiantona Siun Soten palliatiiviselta yksiköltä. Tieto tutkimustulosten hyödynnettävyydestä käytännön hoitotyössä motivoi mahdollisimman hyvään ja kattavaan lopputulokseen. Palliatiivisen yksikön yhteyshenkilö on ollut tavoitettavissa ja tukena pitkin opinnäytetyöprosessia. Häneltä on saatu arvokasta palautetta ja tärkeitä näkökulmia opinnäytetyöhön. Tämä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Lähdekirjallisuutta on pyritty hyödyntämään mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti. Opinnäytetyöprosessin dokumentointi on läpinäkyvää ja tutkimus on toistettavissa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on ollut tämän opinnäytetyön kannalta tarkoituksenmukainen tutkimusmenetelmä, sillä se on antanut vastauksia tutkimustehtävään. Saatuja tuloksia on jo hyödynnetty käytännön tasolla Siun Soten palliatiivisessa yksikössä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuseettiset kysymykset korostuvat. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Näihin käytänteisiin kuuluvat muun muassa tutkijan rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien soveltaminen, avoimuus tutkimuksen tuloksia julkaistaessa, muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen sekä tutkimuksen yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi. Tutkimuksen lähtökohtana on myös plagioimattomuus sekä kriittisyys saatuja tuloksia kohtaan. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–175, 182; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–127, 132–133.) Tutkijana olen toiminut tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti.

## **11.2 Ammatillinen kasvu**

Ymmärrykseni palliatiivista hoitoa, saattohoitoa sekä palliatiivisen potilaan oirekirjoa kohtaan on kasvanut opinnäytetyön kautta. Sairaanhoitajana palliatiivisessa yksikössä toimiessani olen havainnut, miten helppo on keskittyä oirehoidossa pelkästään fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin ja niiden helpottamiseen. Olisi kuitenkin tärkeä muistaa, että ne ovat vain yksi osa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan tarpeita.

Ammatillisesti ajateltuna olen helpottunut, että on olemassa erilaisia oiremittareita, joita ollaan halukkaita ja valmiita kehittämään käyttökokemusten kautta. Tämä mahdollistaa potilaiden tasa-arvoisen kohtelun sekä turvaa sen, että vähintään oiremittareiden osa-alueet tulee selvitettyä ja mahdollistaa tiiviin seurannan kunkin yksilön kohdalla. Vertailut väestöön nähden vaikuttavat mielenkiintoiselta mahdollisuudelta päästä entistä syvemmälle palliatiivisen hoitotyön laadun kehittämiseen sairaudesta tai muista luokituksista käsin.

### **11.3 Opinnäytetyön prosessi, hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat**

Siun Soten palliatiivinen yksikkö pyrkii kehittämään palliatiivista hoitotyötä jatkuvasti. Heillä on käytössä tällä hetkellä ESAS -oiremittari, joka on valikoitunut yhtenä tarkoituksenmukaisena oiremittarina tutkimusaineiston synteisiin. Samoin rinnalle on noussut vastoitain Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake 15D, joka on valittu niin ikään tutkittavaksi mittariksi palliatiivisen hoitotyön tukena. Opinnäytetyön resurssit ja laajuus ovat rajanneet tutkimukseen mukaan otettavien mittareiden määrän näihin kahteen edellä mainittuun mittariin.

Opinnäytetyön suunnittelu on aloitettu keväällä 2016 harjoittelussa Siun Soten palliatiivisessa yksikössä osana sisätauti-kirurgisen hoitotyön harjoittelua. Keskustelin opinnäytetyön mahdollisista aiheista harjoitteluohjaajani ja tutoropettajani kanssa. Lopullinen vahvistus aiheelle tuli loppukeväästä 2016 Siun Soten palliatiivisen yksikön vastaavalta henkilöltä.

Teoriapohjaa on kerätty syksystä 2016 lähtien. Ohjaajat opinnäytetyölle nimettiin tammikuussa 2017, jonka jälkeen opinnäytetyö on alkanut muotoutua suunnitelmavaiheesta käytännön tasolle. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaprosessi ja valittujen tutkimusten käsittely oli työlästä ja hidasta. Artikkeleja karsiutui pois vielä niiden taulukoimisvaiheessa muun muassa kun selvisi, ettei niissä käsitelty mittareita ja niiden käyttökokemuksia ominaan, vaikka niitä olisi aineistonkeruussa hyödynnettykin. Suomenkielistä aineistoa ei ollut ESAS -oiremittaria koskien saatavilla. Englanninkielinen aineisto vaati erityisesti aikaresursseja. Synteesin kirjoittamisvaiheessa erilliset tutkimusartikkelit alkoivat vasta hahmottua kokonaisuutena. Erilaisiin artikkeleihin perehtyminen oli

antoisaa ja lisäsi nopeasti asiantuntijuutta ja ymmärrystä ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin mahdollisuuksista ja käytettävyydestä palliativisessa hoidossa.

Motivaationi opinnäytetyön tekoon on ollut hyvä. Olen erittäin tyytyväinen valmiiseen opinnäytetyöhön ja pidän sitä näihin resursseihin nähden onnistuneena. Työ on laaja ja määrittelee palliativisen hoidon, saattohoidon, oireet palliativisessa hoidossa sekä ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin riittävällä intensiteetillä. Opinnäytetyöstä annettu palaute on ollut kannustavaa ja positiivista. Siun Soten palliativinen yksikkö on saanut merkittävää tietoa käytännön oirehoidon tueksi. Yksikkö on alkanut muun muassa selvittää mahdollisuutta sähköiseen tiedonkeruuseen 15D -elämänlaatumittarilla tämän opinnäytetyön ansiosta. Tutkimusartikkeleita olisin toivonut löytäväni aineistoon enemmän. Toistaiseksi systemaattista arviointitietoa erilaisten palliativisen hoitotyön käyttöön soveltuvien oiremittareiden ja elämänlaatukyselyiden soveltuvuudesta on kuitenkin vähän (Grönlund & Huhtinen 2011, 57–58; Heikkinen ym. 2004, 57–58; Hänninen 2015a, 32–34; Hänninen 2015b, 34; Hänninen 2015c, 259; Saarto 2015b, 215–218).

Jatkotutkimusmahdollisuuksina olisi ESAS -oiremittarin ja 15D -elämänlaatumittarin konkreettinen kehittäminen laajempaan tutkimusnäyttöön pohjautuen. Mielenkiintoista olisi selvittää myös, miten laajalti ESAS -oiremittari ja 15D -elämänlaatumittari ovat vakiintuneet Suomessa palliativisten hoitoyksiköiden käyttöön. Mikäli mittarit eivät ole vielä käytössä, olisi antoisaa tuoda ne käytännön arkityöhön palliativisissa yksiköissä. Haluaisin selvittää jatkotutkimuksen kautta, mitä muita oiremittareita palliativisessa hoidossa on käytetty ja miten ne ovat soveltuneet tarkoitukseensa. Uusia, ei-vakiintuneita mittareita olisi mielenkiintoista lähteä testaamaan käytännössä ja tuomaan niitä aktiivisesti käytännön hoitotyöhön toiminnallisin keinoin. Oiremittareiden käytöstä voi tehdä systemaattista tiedonkeruuta palliativista hoitoa saavilta potilailta, omaisilta ja/tai hoitohenkilökunnalta.

## Lähteet

- Baba, K., Fransson, P. & Lindh, J. 2007. Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences. *International Journal of Palliative Nursing* 13 (12), 610–616.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Guner, C.K., Akin, S. & Durna, Z. 2014. Comparison of the symptoms reported by post-operative patients with cancer and nurses' perception of patient symptoms. *European Journal of Cancer Care* (23), 523–530.
- Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2015. Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 47–48.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A.M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 51–53.
- Hietanen, P. 2015a. Vuorovaikutus omaisten kanssa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 247–248.
- Hietanen, P. 2015b. Vaikeat vuorovaikutustilanteet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 248–252.
- Hillilä, M. 2015. Ummetus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 143–144.
- Hiltunen, L. 2009. Graduaineiston analysointi. Jyväskylän yliopisto. [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/aineiston\\_analysointi.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/aineiston_analysointi.pdf). 7.2.2017.
- Hiltunen, P. 2015. Psykososiaalinen tuki vanhuspotilailla. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 223–226.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, J. 1999. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Helsinki: Suomen Graafiset Palvelut Oy Ltd.
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2015a. Oireiden esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 32–34.
- Hänninen, J. 2015b. Oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliativisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 34–37.
- Hänninen, J. 2015c. Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä? Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 256–259.
- Hänninen, J. 2015d. Kärsimyksen ja surun kohtaaminen lääkärintyössä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 299–301.

- Hänninen, J. 2015e. Total pain-käsite. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 50–51.
- Hänninen, J. 2015f. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 306–307.
- Hänninen, J. 2015g. Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 307–308.
- Hänninen, J. & Pöyhiä, R. 2015. Väsymyksen yleisyys ja mekanismit. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 156–157.
- Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 218–223.
- Isojärvi, J. 2015. Kirjallisuushaku. Versio 1.0. HTA-opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.  
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kirjallisuushaku>. 7.2.2017.
- Janes, R. 2015. Deliriumin etiologia ja oireet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 170–171.
- Juhela, P. 2015. Perheen haasteet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 280–284.
- Kangasniemi, M., Pietilä, A.M. & Saarto, T. 2015. Elämänlaatu ja palliatiivinen hoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 214–215.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koskinen, S., Talo, S., Hokkinen, E.M., Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehyksessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009 (46), 196–207.
- Lehto, J. & Pöyhiä, R. 2015. Hengenahdistus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 92–94.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp.
- Myller, H. 2007. Palliatiivinen hoito ja visioita palliatiivisen hoidon kehittämiseen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa Myller, H. (toim.). Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantamattomasti sairaille potilaille. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita (25), 6–11.
- Mäkelä, M. & Punkari, K. 2015. Käsitteitä. Versio 1.0. HTA-opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.  
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kasitteita>. 7.2.2017.

- Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2015. Suun kuivuus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 119–120.
- Nuortio, L. 2007. Parantumattomasti sairaan hoitoperiaatteita lääkärintyössä. Teoksessa Myller, H. (toim.). Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita, 25, 18–19.
- Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Aalto, K. (toim.). Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 11–23.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2017. Sairaalapalvelut. Saattohoito. Saattohoito käytännössä. Saattohoitopotilaan hoito. Kivun hoito. <http://www.pkssk.fi/kivun-hoito>. 16.8.2017.
- Pudas-Tähkä, S.M., & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, 46–57.
- Pöyhiä, R. 2015. Kakeksia. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 163–165.
- Pöyhiä, R., Hänninen, J. & Saarto, T. 2015. Ruokahaluttomuus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 165–166.
- Rahko, E. & Koskela, R. 2015. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 132–134.
- Riikola, T. & Hänninen, J. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>. 9.4.2017.
- Roine, R.P. 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. Duodecim (132), 1537-1542.
- Saarto, T. 2015a. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 10.
- Saarto, T. 2015b. Elämänlaadun mittaaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 215–218.
- Saarto, T. 2015c. Palliatiivisen hoidon asema Suomessa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 23–25.
- Saarto, T. 2015d. Nielemisvaikeus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 115.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan Yliopiston julkaisuja. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf), 24.1.2017.
- Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon? Duodecim (123), 825–828.
- Sintonen, H. 2009. 15D-mittarin käyttö elämänlaadun arvioinnissa – kivunhoidon näkökulma. Kipuviesti (1), 14-17.



- Sintonen, H. 2013. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen. Suomen Lääkärilehti (17), 1261-1267.
- Sipola, V. 2013. Kuolevan sielunhoito. Teoksessa Aalto, K. (toim.). Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 41–60.
- Slåtten, K., Fagerström, L. & Hatlevik, O.E. 2010. Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. International Journal of Palliative Nursing, 16 (2), 80–86.
- Toimia. 2013. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvion kansallinen asiantuntijaverkosto. Mittarit. 15D -terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>. 16.8.2017.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vainio, A. & Vuorinen, E. 2015. Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 45–46.
- Venejärvi, R. 2007. Koulutus- ja tutkimusyhteistyö palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Myller, H. (toim.). Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita, 25, 34–41.
- Watanabe, S., McKinnon, S., Macmillan, K. & Hanson, J. 2006. Palliative care nurses' perceptions of the Edmonton Symptom Assessment Scale: a pilot survey. International Journal of Palliative Nursing 12 (3), 111–114.

## Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus  
Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä,  
joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) Siun Sote Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Minna Peake 013 330 3692 minna.peake@siunsote.fi		
	Työn aihe Palliativisen hoidon oiremittarit Systemaattinen kirjallisuuskatsaus		
<b>Tekijä</b>	Nimi Marko Kiiskinen	Opiskelijanumero 1500143	
	Katuosoite Kangastie 25 A1	Postinumero 80710	Postitoimipaikka Lehmo
	Puhelin 0505172086	Sähköpostiosoite markokiiskinen@hotmail.fi	
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidtaja (AMK)	Ryhmätunnus STHNK15A	
<b>Karelia-amk</b>	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Kirsi Varis	Tehtävänimike Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Karelia Amk Tikkariinne 9 80200 Joensuu		
	Puhelin 0504620396	Sähköpostiosoite Kirsi.varis@karelia.fi	
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>			
<b>Ohjaus</b>	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
<b>Dokumentointi</b>	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.		
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
<b>Keksinnöt</b>	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyyshallilla.		
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
<b>Lisäksi sovitaan</b>			
<b>Salassapito</b>	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>	
<b>Toimeksiantaja</b>	Joensuu 5.9.2017	Minna Peake	
<b>Tekijä</b>	Joensuu 5.9.2017	Marko Kiiskinen	
<b>Karelia-amk</b>	Joensuu 5.9.2017	Kirsi Varis	

**ESAS – OIREMITTARI POTILAAN VOINNIN ARVIOINTIIN****Nimi: Päivämäärä:****Henkilötunnus: Osasto/poliklinikka:**

Ympyröi sopivin vaihtoehto numeroista ajatellen vointiasi nykyisellä lääkityksellä ja hoidolla.

**Kipu- levossa Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Kipu- liikkuessa Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Väsymys/uupumus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Pahoinvointi Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Ruokahaluttomuus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Ummetus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Virtsaamisen ongelmat Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Hengenahdistus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Masennus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Levottomuus/ahdistus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Unettomuus Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Seksuaalisuuden ongelmat Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

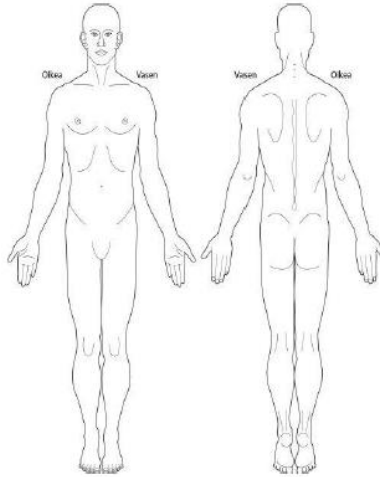
Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Muu ongelma, mikä? \_\_\_\_ Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

Vähäinen Kohtalainen Vaikea

**Millaisena koet vointisi kokonaisuudessaan tänään?**  
**Paras mahdollinen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen**

**MERKITSE NÄIHIN KUVIIN, MISSÄ KIPU TUNTUU:**



**Kauanko kipu kestää?**

Esim. jatkuva, ajoittainen, kohtauksittainen, liikekipu tai jotain muuta

**Minkä laatuista kipu on?**

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava - puristava – pistävä – vihlova - viiltävä – repivä – polttava
- jotain muuta, mitä?

**Säteileekö kipu – mihin?**

**Mikä yleensä vaikuttaa kipuun – pahentaa tai helpottaa sitä?**

**Käytössä olevat kipulääkkeet, pahoinvointi- ja ummetuslääkkeet?**

**Mikä on liikkumiskykyysi hyvänä päivänä/ huonona päivänä?**

**Mitä asiaa pidät tärkeimpänä hoidossasi?**

**Mikä asia huolestuttaa sinua eniten?**

Lomakkeen täytti: Potilas Omainen/läheinen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilö

Muokattu suomenkielinen versio (lähteenä Edmonton Symptom Assessment System – ESAS-r)  
– Mukaeltu versio. Siun Sote – Versio 5: 2.1.2017

**TERVEYTEEN LIITTYVÄN ELÄMÄNLAADUN KYSELYLOMAKE (15D©)**

Ohje: Lukekaa ensin läpi huolellisesti kunkin kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot. Merkitkää sitten rasti (x) sen vaihtoehdon kohdalle, joka **parhaiten kuvaa nykyistä terveydentilaanne**. Menetkää näin kaikkien kysymysten 1-15 kohdalla. Kustakin kysymyksestä rastitetaan siis yksi vaihtoehto.

**KYSYMYS 1. Liikuntakyky**

- 1 ( ) Pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa.
- 2 ( ) Pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia.
- 3 ( ) Pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana.
- 4 ( ) Pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana.
- 5 ( ) Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma.

**KYSYMYS 2. Näkö**

- 1 ( ) Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman).
- 2 ( ) Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 3 ( ) Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 4 ( ) En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen kulkea ilman opasta.
- 5 ( ) En näe kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea.

**KYSYMYS 3. Kuulo**

- 1 ( ) Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeella tai ilman).
- 2 ( ) Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin.
- 3 ( ) Minun on melko vaikea kuulla normaalia puheääntä, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä.
- 4 ( ) Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro.
- 5 ( ) Olen täysin kuuro.

**KYSYMYS 4. Hengitys**

- 1 ( ) Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta eikä muita hengitysvaikeuksia.
- 2 ( ) Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä.
- 3 ( ) Minulla on hengenahdistusta, kun kävelen tasamaalla samaa vauhtia kuin muut ikäiseni.
- 4 ( ) Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa.
- 5 ( ) Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa.

**KYSYMYS 5. Nukkuminen**

- 1 ( ) Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen.
- 2 ( ) Minulla on lieviä uniongelmiä, esim. nukahtamisvaikeuksia tai satunnaista yöheräilyä.
- 3 ( ) Minulla on melkoisia uniongelmiä, esim. nukun levottomasti tai uni ei tunnu riittävältä.
- 4 ( ) Minulla on suuria uniongelmiä, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain.
- 5 ( ) Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä.

**KYSYMYS 6. Syöminen**

- 1 ( ) Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia.
- 2 ( ) Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin).
- 3 ( ) Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä.
- 4 ( ) En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää.
- 5 ( ) En pysty syömään itse lainkaan, vaan minulle pitää antaa ravintoa letkun avulla tai suonensisäisesti.

**KYSYMYS 7. Puhuminen**

- 1 ( ) Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti.
- 2 ( ) Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta.
- 3 ( ) Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen.
- 4 ( ) Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani.
- 5 ( ) Pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein.

**KYSYMYS 8. Eritystoiminta**

- 1 ( ) Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta.
- 2 ( ) Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
- 3 ( ) Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli.
- 4 ( ) Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti "vahinkoja" tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta.
- 5 ( ) En hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista.

**KYSYMYS 9. Tavanomaiset toiminnot**

- 1 ( ) Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot).
- 2 ( ) Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.
- 3 ( ) Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.
- 4 ( ) Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin.
- 5 ( ) En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista.

**10. Henkinen toiminta**

- 1 ( ) Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti.
- 2 ( ) Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti
- 3 ( ) Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä
- 4 ( ) Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
- 5 ( ) Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua

**KYSYMYS 11. Vaivat ja oireet**

- 1 ( ) Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 2 ( ) Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 3 ( ) Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 4 ( ) Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 5 ( ) Minulla on sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

## KYSYMYKSIÄ 12. Masentuneisuus

- 1 ( ) En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 2 ( ) Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 3 ( ) Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 4 ( ) Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 5 ( ) Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

## KYSYMYKSIÄ 13. Ahdistuneisuus

- 1 ( ) En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 2 ( ) Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 3 ( ) Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 4 ( ) Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 5 ( ) Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.

## KYSYMYKSIÄ 14. Energisyys

- 1 ( ) Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi.
- 2 ( ) Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 3 ( ) Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 4 ( ) Tunnen itseni erittäin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi".
- 5 ( ) Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi".

## KYSYMYKSIÄ 15. Sukupuolielämä

- 1 ( ) Terveystilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni.
- 2 ( ) Terveystilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni.
- 3 ( ) Terveystilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni.
- 4 ( ) Terveystilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi.
- 5 ( ) Terveystilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi.

**Lähdeaineiston laadun ja luotettavuuden arvioinnin mittarit**

<b>Tutkimusartikkelin laadunarviointi</b>	
1. Tekijän / tekijöiden pätevyys	Hyvä / kohtalainen / Heikko
2. Tutkimuksen rakenne	
2a. Tutkimuksen tarkoitus / tutkimuskysymykset kuvattu	Kyllä / Ei
2b. Aihe käsitelty riittävän laajasti	Kyllä / Ei
2c. Tutkimustulosten analysointi ja pohdinta	Kyllä / Suppeasti / Ei
2d. Tutkimuksen puutteet arvioitu / kuvattu	Kyllä / Suppeasti / Ei
3. Tutkimusjoukko	
3a. Soveltuva aiheen tutkimukseen	Kyllä / Osittain / Ei
3b. Tutkimusjoukon koko	Laaja / Riittävä / Suppea
4. Tutkimuksen tulokset	
4a. Tehdyt johtopäätökset esitelty	Kyllä / Ei
4b. Johtopäätökset perusteltu	Kyllä / Ei
5. Onko tutkimus julkaistu	Kyllä / Ei
6. Muita tutkimuksia, joissa samantyyppisiä tuloksia	Useita / Yksittäinen / Ei

<b>Lehtiartikkelin laadunarviointi</b>	
A1. Tekijän / tekijöiden pätevyys	Hyvä / Kohtalainen / Heikko
A2. Vertaisarvioitu	Kyllä / Ei
A3. Artikkelin julkaistu luotettavassa lehdessä	Kyllä / Ei
A4. Artikkelin sisältö perustuu tutkimukseen	Kyllä / Ei
A5. Aihe käsitelty riittävän laajasti	Kyllä / Ei
A6. Esitetyt väittämät perusteltu	Kyllä / Osittain / Ei
A7. Lähdeluettelo esitetty	Kyllä / Ei
A8. Muita artikkeleita, joissa samantyyppisiä tuloksia	Useita / Yksittäinen / Ei



## Lähdeaineisto taulukoituna

Tutkimus, tekijät ja lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineisto ja sen keruu	Keskeiset tulokset/ ESAS:n käytettävyys		Laadun arviointi
			Mittarin edut	Mittarin haitat/ kehittämiskohteet	
<p>Comparison of the symptoms reported by post-operative patients with cancer and nurses' perception of patient symptoms.</p> <p>Guner, C.K.; Akin, S. &amp; Duma, Z. 2014. European Journal of Cancer Care 23, 523-530. Turkey.</p>	<p>Vertailla palliatiivisen intensiivisen hoitoyksikönsyöpöpotilaide n leikkauksen jälkeen raportoimaa oirekokemusta heidän ensisijaisten sairaanhoitajien arvioon niistä.</p>	<p>N=60 potilasta N=8 sairaanhoitajaa</p> <p>Tutkimukseen osallistui 60 turkkilaista syöpöpotilasta, joilta kerättiin mielipiteet mekaanisesti 1-12 tunnin kuluttua palliatiivisesta leikkauksesta. Heidän sairaanhoitajansa arvioivat potilaiden oireet oman näkemyksensä mukaan. Aineisto kerättiin ESAS-oiremittaria käyttämällä strukturoituna haastatteluna.</p>	<p>ESAS-oiremittari vahvisti, että sairaanhoitajat aliarvioivat potilaan tunteman kivun määrän. Kivun arvioiminen on haastavaa ja vaatii systemaattista ja säännöllistä arviointia.</p>	<p>Ei mainittu tässä tutkimuksessa.</p>	<p>1. Hyvä. 2a. Kyllä. 2b. Kyllä. 2c. Kyllä. 2d. Suppeasti. 3a. Kyllä. 3b. Suppeasti. 4a. Kyllä. 4b. Kyllä. 5. Kyllä. 6. Useita.</p>
<p>Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines.</p> <p>Slåtten, K.; Fagerström, L. &amp; Hatlevik, O.E. 2010. International Journal of Palliative Nursing, Vol 16, No 2. Norway.</p>	<p>Selvittää kuinka kandidaatin tutkinnon suorittaneet, palliatiiviseen hoitoon erikoistuneet valmistuneet sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat kykynsä helpottaa potilaidensa oireita sekä löytää mittareita, jotka auttavat hyvän hoitotyön rutiineissa ja oireiden</p>	<p>N=235.</p> <p>Tutkimus teetettiin 235 kandidaatin tutkinnon suorittaneella, palliatiiviseen hoitoon erikoistuneella valmistuneella sairaanhoitajaopiskelijalla kahdelta norjalaiselta yliopistolta, Bergenissä (2001-2004) ja Oslossa (2000-2006).</p> <p>Vastaajia oli 122, jolloin tutkimuksen vastausprosentti oli 50,6%.</p>	<p>ESAS-oiremittarin käyttö korreloi keskiverrosta suuresti hyvien hoitorutiinien, kivun lievityksen, pahoinvoinnin, ahdistuksen/levottomuuden, uupumuksen, suun ongelmien, hoitoon käytettävän ajan hallinnan sekä kyvyn tunnistaa hoidon puutteen osana hyviä hoitorutiineja kanssa. ESAS-oiremittarin käyttö vaikutti positiivisesti hoitorutiineihin ja niiden laatuun.</p> <p>Päivittäinen ESAS:n käyttö tarjoaa sairaanhoitajille struktuurin potilaiden hoidon tarpeisiin, potilaiden auttamiseen keskittymään pääasiallisiin oireisiin</p>	<p>ESAS-oiremittarin käyttö edellyttää motivoitunutta henkilöstöä. Uuden työkalun ottaminen käyttöön vaatii koulutusta ja motivoimiseen panostamista esimiestasolla.</p> <p>ESAS-oiremittariin tulisi lisätä ummetus, ripuli ja nukkumisvaikeudet.</p> <p>Henkisyiden ja hengellisyyden hoitaminen, eettiset kysymykset, surun ja menetyksen ymmärtäminen sekä perheen hoitaminen jäävät vähemmälle huomiolle,</p>	<p>1. Hyvä. 2a. Kyllä. 2b. Kyllä. 2c. Kyllä. 2d. Kyllä. 3a. Kyllä. 3b. Laaja. 4a. Kyllä. 4b. Kyllä. 5. Kyllä. 6. Useita.</p>

	<p>helpottamisessa palliatiivisessa hoidossa. ESAS-oiremittarin kohdalla tutkittiin, auttaako ESAS:n käyttö hyvien hoitorutiinien toteuttamiseen. ESAS-oiremittari on esitelty ensimmäisen kerran Norjan erikoissairaanhoidon palveluissa vuonna 2004.</p>		<p>sekä tukee päätöksenteossa ja hyvän palliatiivisen hoidon tarjoamisessa.</p> <p>Päivittäin potilaiden täyttämänä ESAS-oiremittari auttaa henkilökuntaa tunnistamaan hoidonpuutteen.</p> <p>Vaikka sairaanhoitaja ei olisi jatkuvasti läsnä potilaan kanssa, hän saa ESAS-oiremittarin kautta nopeasti ja helposti kuvan tämän terveydentilasta.</p> <p>ESAS-oiremittari voi tarjota yleisen kehyksen kuvata potilaan vointia henkilökunnan raporteissa.</p> <p>ESAS-oiremittari huomioi tasapainoisesti potilaan fyysiset ja psyykkiset hoidon tarpeet.</p> <p>Oireiden helpottamisen myötä potilaan elämänlaatu saadaan tuettua parhaaksi mahdolliseksi hänen subjektiivisesta käsityksestään nähdessä, ja se on erityisesti tarpeen osana palliatiivista hoitotyötä.</p>	<p>jos keskitytään vain fyysisten ja psyykkisten oireiden hoitamiseen.</p>	
--	--	--	---	--	--

<p>Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences.</p> <p>Baba, K.; Fransson, P. &amp; Lindh, J. 2007. International Journal of Palliative Nursing, Vol 13 No 12. Sweden.</p>	<p>Arvioida muunnellun, ruotsin kielisen ESAS-oiremittarin käyttökelpoisuutta oireiden seuraamiseen syöpäpotilaan palliatiivisessa hoidossa ja antaa sille vahvistus.</p>	<p>N=42 potilasta ja N=22 henkilökuntaa.</p> <p>Tutkimukseen kutsuttiin mukaan 42 potilasta kahdelta eri syöpäosastolta helmikuun 2002 ja toukokuun 2003 välillä. Yli puolet potilaista olivat palliatiivisessa hoidossa ja loput kuratiivisessa hoidossa. Potilaat kärsivät erilaisista syöpäkasvaimista ja heitä kaikkia hoidettiin kemoterapialla, sädehoidolla ja</p>	<p>ESAS-oiremittari on potilaiden ja henkilökunnan arvioimana yksinkertainen itse-arvioinnin kyselylomake ja se mittaa monipuolisesti useita oireita.</p> <p>Mittari on potilaiden (71%) arvioimana helppo täyttää.</p> <p>ESAS-oiremittarin avulla oireiden häiritsevyys on helppo havaita jo varhaisessa vaiheessa osastolle saapumisesta. Sairaanhoitajat arvioivat voivansa hoitaa potilaita paremmin ESAS-oiremittarilla saatujen tulosten pohjalta.</p>	<p>Sairaanhoitajista muutama arvioi ESAS-oiremittarin olevan epäkäytännöllinen ja vaikea teettää osana lääkärintarkistusta. Osa koki ongelmalliseksi henkilökunnan erilaiset suhtautumistavat mittariin.</p> <p>Logistiset pulmat olisi huomioitava, kuten lomakkeiden saatavuus kierroksen aikana. Samoin aikaresurssi lomakkeen hyödyntämiseen tulisi huomioida.</p>	<p>1. Hyvä 2a. Kyllä. 2b. Kyllä. 2c. Kyllä. 2d. Kyllä. 3a. Kyllä. 3b. Suppea. 4a. Kyllä. 4b. Kyllä. 5. Kyllä. 6. Useita.</p>
--	---	---	---	--	--

		<p>muilla palliatiivisilla ja tukevilla hoitomuodoilla.</p> <p>Tutkimukseen valikoituivat potilaat, jotka täyttivät oiremittarin neljän päivän ajalta sairaalaan sisäänkirjautumisestaan alkaen (N=28).</p> <p>Henkilökunnasta tutkimukseen osallistui 22 työntekijää, joista tutkimukseen osallistui lopulta 6 lääkäriä ja 15 osastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa. Yksi lääkäri ei palauttanut kyselylomaketta. Kukaan henkilökunnasta ei ollut käyttänyt ESAS-oiremittaria aiemmin.</p>	<p>Aikaisemmat tutkimukset tukevat, että ESAS-oiremittari määrittää yleisimmät fyysiset ja psyykkiset palliatiivisessa hoidossa esiintyvät oireet. Oiremittari on hyödyllinen palliatiivisen yksikön oireiden arviointimalli ja se sallii vertailun eri hoitolaitosten välillä.</p> <p>Suurin osa sairaanhoitajista (52%) arvioi muunnellun ESAS-oiremittarin olevan "hyvä" tai "erittäin hyvä" työkalu saada tietoa potilaan oireista ja niiden häiritsevyydestä.</p> <p>Muunneltu ESAS-oiremittari on hyödyllinen työkalu päivittäisiin klinisiin rutiineihin, kuten myös oireiden seuraamiseen syöpäpotilaan palliatiivisessa hoidossa. Mittarin käyttäminen osana lääkärinkierron rutiineja edesauttaisi asenteiden muuttumista positiiviseksi mittarin hyödyllisyydestä ja käytettävyydestä heiltä, joille se ei ole tuttu.</p> <p>Yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä ESAS-oiremittariin ja arvioivat sen melko hyväksi. Potilaat arvioivat muunnellun ESAS-oiremittarin kokoavan olennaisimmat oireet. He (70,8%) arvioivat mittarin täyttämisen myös helpoksi.</p>	<p>Lääkäreistä osa arvioi mittarin antavan liian paljon tietoa, joka voi olla vaikea sovittaa kaikkiin potilaisiin.</p> <p>Yksi lääkäreistä arvioi, että mittaria varten tulisi kehittää rutiinit systemaattista käyttöä varten päivittäiseen hoitotyöhön.</p> <p>Henkilökunnan arvioimana mittarista puuttuu oireita kuten ummetus ja ripuli, jotka ovat näille potilasryhmille yleisiä.</p> <p>Potilaat lisäisivät oiremittariin komponentit herkkyyden heikkenemisestä (impaired sensibility) ja perheen kokeman ahdistuksen ja huolen määrästä. Potilaat ehdottivat tiiviimpää asteikkoa 0-9-asteikon tilalle. Asteikko 0-9 antaa heidän mielestään liikaa vaihtoehtoja.</p> <p>Tyhjät, potilaan itse täytettävät kohdat ja globaali kysymys: "onko elämäsi viime päivien aikana ollut lahja vs. valtava taakka?", koettiin vaikeaksi potilaiden taholta.</p> <p>Oiremittarin teettäminen sädehoidossa olevalle potilaalle onnistuu vasta viikkoja kivuliiden sädehoitojen jälkeen. Arvioinnin ajanjakson on oltava näissä tapauksissa pidempi</p>	
--	--	---	---	--	--

<p>Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon?</p> <p>Salminen, E. &amp; Salmenoja, H. 2007; 123:825-8. Duodecim. Suomi.</p>	<p>Kartoittaa etenevästi TYKS:n syöpäklinikan hoidossa olevien potilaiden oireistoa ESAS-oiremittaria käyttäen.</p> <p>Tämä tutkimus on osa laajempaa oirekartoitus-tutkimusta.</p>	<p>N=203.</p> <p>Tutkimus on toteutettu vuonna 2006</p> <p>TYKS:n syöpäklinikan palliatiivisessa, solusalpaaja-, säde- tai yleishoidossa oleville potilaille.</p> <p>Potilaista 58% sai palliatiivista hoitoa. Potilaista miehiä oli 116 ja naisia 87. Potilaiden keski-ikä oli 64,8 vuotta.</p>	<p>Validoitu luotettavaksi mittareiksi suhteessa vastaaviin mittareihin.</p> <p>Mittari kiinnittää huomiota erillisiin oireisiin. Myös sellaisiin, joita ei välttämättä kartoiteta vastaanottokäynnin yhteydessä. Huomioi masennuksen omana oireenaan. Monioireisuus tulee havaituksi mittarin avulla.</p> <p>Potilaat olivat tyytyväisiä mittariin ja kokivat tulleen sen avulla kuulluksi. Potilaat saavat myös arvioitua itse oireidensa vaikeusastetta. Potilailla ei yleensä vaikeuksia hahmottaa mittarin asteikkoja.</p> <p>Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kipu ja muu oirekirjo on huomattavan suuri ja niiden tunnistaminen on oleellinen osa potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista ja hoidon onnistumista.</p> <p>ESAS-mittari on hyvä väline oireiden arviointiin ja intervention vaikutuksen seuraamiseen.</p> <p>Strukturoitu oirekartoitus antaa lääkärille kokonaisvaltaisen kuvan potilaan oireista ja se saattaa auttaa kipukierteen katkaisemisessa.</p> <p>Parantaa hoidon laatua ja auttaa estämään oireiston pahenemista.</p> <p>ESAS-oiremittari kuuluu lääkärin perustyövälineisiin palliatiivisessa hoidossa.</p>	<p>Oireistosta puuttuu virtsaamishäiriö.</p> <p>Joillakin potilailla on vaikeuksia hahmottaa mittarin asteikkoja.</p>	<p>1. Hyvä. 2a. Kyllä. 2b. Kyllä. 2c. Kyllä. 2d. Ei. 3a. Kyllä. 3b. Laaja. 4a. Kyllä. 4b. Kyllä. 5. Kyllä. 6. Useita.</p>
--	---	--	--	---	---

## Liite 5

5 (11)

<p>Palliative care nurses' perceptions of the Edmonton Symptom Assessment Scale: a pilot survey.</p> <p>Watanabe, S.; McKinnon, S.; Macmillan, K. &amp; Hanson, J. 2006. International Journal of Palliative Nursing Vol 12, No 3. Canada.</p>	<p>Arvioida pilottitasolla sairaanhoitajien näkemyksiä ESAS-oireimittarin käyttökelpoisuudesta ja hyödynnettävyydestä palliatiivisessa hoidossa.</p>	<p>N=74.</p> <p>Kysely on annettu kaikille Edmonton Palliative Care-ohjelmassa olleelle 74:lle sairaanhoitajalle. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastauksia saatiin 48 hoitajalta, jolloin vastausprosentti on 64,9%. Vastanneet sairaanhoitajat olivat rekisteröityjä (45,8%), lisenssillä toimivia (27,1%) ja avustavia sairaanhoitajia (18,8%). 8,3% jätti määrittelemättä ammattistatuksensa. Vastanneet työskentelivät loppuvaiheen palliatiivisessa yksikössä, saattohoidossa sekä asiantuntijatiimeissä. Keskipalveluaika oli 39 kuukautta.</p>	<p>Potilaiden arvioitiin hyötyvän ESAS-oireimittarin käytöstä (51%).</p> <p>ESAS-oireimittari auttoi henkilökuntaa potilaiden huolehtimisessa (68,8%).</p> <p>ESAS-oireimittari ei vie paljoa aikaa tai vaivaa potilaiden täyttämänä (46,8%).</p> <p>ESAS-oireimittari ei vie paljoa aikaa tai vaivaa sairaanhoitajan täyttämänä (63,8%).</p> <p>Sairaanhoitajat, jotka käyttivät ESAS-oireimittaria hoitorutiineissaan, arvioivat sen olevan yleisesti ottaen toteuttamiskelpoinen ja hyödyllinen. Myös sairaanhoitajien saama koulutus oireiden arvioimiseen lisäsi positiivista suhtautumista ESAS-oireimittariin.</p> <p>Jos ESAS-oireimittari arvioitiin hyödylliseksi, sen täyttämisen ei koettu olevan raskasta.</p> <p>Epätäydellisyydestään huolimatta ESAS-oireimittari on hyödyllinen oireiden systemaattisessa tunnistamisessa ja seuraamisessa, jolloin ne saadaan hallintaan asianmukaisella hoidolla.</p>	<p>Potilaiden on vaikea ymmärtää ESAS-oireimittarin terminologiaa. (36,2%).</p> <p>Hyvinvointi voi olla käsitteenä potilaista vaikea ymmärtää.</p> <p>Käsitteet "väsymys" ja "uupumus" sekoittuvat usein potilaalla.</p> <p>Potilaan fyysinen tila vaikuttaa ESAS-oireimittarin täyttämiseen kuluvaan aikaan ja vaivaan. Saattohoidossa edellytykset ESAS-oireimittarin täyttämiseen ovat sitä pienemmät, mitä lähempänä kuolema on.</p> <p>Ellei sairaanhoitajalla ollut rutiinia ESAS-oireimittarin käytöstä, ei hän nähnyt sitä hyödyllisenä.</p> <p>ESAS-oireimittari ei hyödytä potilaita saattohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien arvioimana.</p> <p>Lisää tutkimusta vaaditaan oireimittarin kehittämiseksi esim. terminologian suhteen, jolloin se olisi potilaalle ymmärrettävämpää. Vakavasti heikentyneille potilaille voi olla tarpeen jokin vaihtoehtoinen apukeino oireiden mittaamiseen.</p>	<p>1. Hyvä.</p> <p>2a. Kyllä.</p> <p>2b. Kyllä.</p> <p>2c. Kyllä.</p> <p>2d. Kyllä.</p> <p>3a. Kyllä.</p> <p>3b. Suppea.</p> <p>4a. Kyllä.</p> <p>4b. Kyllä.</p> <p>5. Kyllä.</p> <p>6. Kyllä.</p>
--	--	--	--	--	--

## Liite 5

6 (11)

Tutkimus ja sen tekijät	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineisto ja sen keruu	Keskeiset tulokset/ 15D:n käytettävyys		Laadun arviointi
			Mittarin edut	Mittarin haitat/ kehittämiskohteet	
<p>Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla.</p> <p>Roine, R.P. Duodecim 2016; 132:1537-42. Suomi.</p> <p>KATSAUSARTIKKELI</p>	<p>Kuvata 15D-elämänlaatumittain käytöstä saatuja kokemuksia sekä erilaisten interventioiden ja hoitomuotojen kustannusvaikuttavuudesta.</p>	<p>N=19000.</p> <p>Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on alettu tehdä rutiiniseurantaa noin kahdeltakymmeneltä lääketieteen eri erikoisalalta ja yli 50 erilaisesta potilasryhmästä paperilomakkein. Nyt käytössä on myös sähköinen lomake, mutta sen käyttökokemukset ovat toistaiseksi vähäiset.</p>	<p>Potilaan ääni saadaan kuuluville.</p> <p>15D-elämänlaatumittari tuottaa tulokseksi elämänlaatuprofiliinsekä indeksiluvun laatu-painotteiselle elinajalle (quality-adjusted life years eli QALY).</p> <p>Mittari voi tuottaa tulokseksi lukuisia eri terveydentiloja. Se kertoo myös missä 15 terveyden eri ulottuvuudessa on ongelmia ja miten ne ovat reagoineet hoitoon.</p> <p>Auttaa tunnistamaan hoidosta hyötynneet ja hyötymättömät potilaat. Mittarin avulla voidaan syventyä hyötymättömien hoitoon tarkemmin ja kehittää hoitoa.</p> <p>Hyödyllinen väline monien sairauksien ja eri hoitomuotojen arkivaikuttavuuden seurannassa.</p> <p>15D-mittari toimii osana terveyshyödyn määrittämisestä.</p> <p>Sovellettavissa myös lapsille.</p> <p>Verrattuna muihin samantapaisiin mittareihin, 15D on osoittautunut tutkimuksissa vähintään yhtä hyväksi, ellei jopa paremmaksi.</p>	<p>15D-elämänlaatumittari ei sovellu välttämättä kaikkien potilasryhmien tutkimiseen. Näitä ryhmiä ovat esim. muistisairaat tai skitsofreenikot, joilla ei ole sairaudentuntoa.</p> <p>Tulosten implementointi eli sen varmistaminen, että kerätty tieto vaikuttaa hoitokäytäntöihin vaatii vielä kehittämistä. Toistaiseksi tuloksia on hyödynnetty suhteellisen vähän.</p>	<p>A1. Hyvä.</p> <p>A2. Kyllä.</p> <p>A3. Kyllä.</p> <p>A4. Kyllä.</p> <p>A5. Kyllä.</p> <p>A6. Kyllä.</p> <p>A7. Kyllä.</p> <p>A8. Useita.</p>

			<p>Osassa sairaanhoitopiirejä, esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, sähköinen 15D-tiedonkeruu on osa rutiinitiedonkeruuta ja siihen vastataan ennen hoitopaikkaan saapumista sähköisen esiasioinnin kautta. Tietoja on kerätty myös tablettilaitteilla ensikäynnin yhteydessä.</p> <p>15D-mittarilla saatu tieto on tärkeää yhdistää potilaskertomuksiin, tautikohtaisiin elämänlaadun mittareihin ja rekisteristä saatavaan hoidon vaikuttavuudesta kertovaan tietoon.</p>		
--	--	--	---	--	--

<p>Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehityksessä.</p> <p>Koskinen, S.; Talo, S.; Hokkinen, E-M.; Paltamaa, J. &amp; Musikka-Siirtola, M.</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009: 46, 196-207. Suomi.</p>	<p>Tarkastella neljää, Suomessa käytössä olevaa terveyteen liittyvää elämänlaadun mittaria suhteessa käsitteelliseksi viitekehikseksi valittuun ICF-luokitukseen, joka tarjoaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun viitekehityksen kuvaamaan toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisiä luokituksia.</p> <p>Tähän tutkimusartikkeliin valitut mittarit ovat RAND-36, 15D, EuroQol ja WHOQOL-BREF.</p>	<p>N=4.</p> <p>Mittarit ovat Suomessa käytössä olevia, terveyteen liittyvää elämänlaadun mittaavia mittareita.</p> <p>ICF-luokituksen toimintakyvykäsitteet on operationaalistettu elämänlaatumittareiden kautta. Tähän on systemaattinen ja standardisoitu tapa, jonka avulla ICF:ään perehtyneet asiantuntijat linkittivät tähän tutkimukseen valitut mittarit ja ICF-luokituksen toisiinsa.</p>	<p>15D-mittaria voi käyttää profiili- ja yhden indeksiluvun mittarina.</p> <p>Käytetyin yhden indeksiluvun elämänlaatumittari Suomessa.</p> <p>Sisältää 15 fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä mitattavasta ulottuvuudesta:</p> <p>liikuntakyky näkö kuulo hengitys nukkuminen syöminen puhuminen eritystoiminta tavanomaiset toiminnot henkinen toiminta vaivat ja oireet masentuneisuus ahdistuneisuus energisyys sukupuolielämä</p>	<p>Ruumiin/kehon rakenteisiin liittyvät osiot puuttuvat kaikista tutkimuksessa esiintyvistä mittareista.</p> <p>ICF-luokituksen pääluokkiin oppiminen ja tiedon soveltaminen sekä asenteet liittyviä kuvauskohteet puuttuvat niinkään kaikista tutkimuksessa esiintyvistä mittareista.</p> <p>15D-mittarin kuvauskohteiden laatua arvioidaan fyysisestä perspektiivistä käsin, jolloin bio-psykososiaalinen arviointi, kuten oma motivaatio, suuntautuneisuus tai yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet, jäävät toteutumatta arviointi- ja mittaustuloksissa.</p> <p>Vähän osioita ja paljon erillisiä toimintakykyä kuvaavia käsitteitä yksittäisten osioiden sisällä. Esim.</p>	<p>A1. Hyvä.</p> <p>A2. Kyllä.</p> <p>A3. Kyllä.</p> <p>A4. Kyllä.</p> <p>A5. Kyllä.</p> <p>A6. Kyllä.</p> <p>A7. Kyllä.</p> <p>A8. Yksittäinen.</p>
--	---	--	--	---	--

		<p>ICF-luokitus on kansainvälinen, Maailman terveysjärjestön WHO:n tuottama luokitusjärjestelmä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden yhtenäiseen määrittelyyn. Julkaistu suomenkielisenä 2004. ICF-luokitus auttaa käsitteistön suhteen, mutta ei tarjoa arviointi- ja mittausten menetelmiä suoraan toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioimiseen.</p>	<p>Verrattaessa muihin tutkimuksissa mukana oleviin mittareihin, 15D sisälsi eniten toimintakykyä kuvaavia käsitteitä yksittäistä kysymystä kohden.</p> <p>15D-mittari sisältää lukumäärältään eniten ICF-luokitukseen linkitettävissä olevia käsitteitä (89 käsitettä/102 käsitteestä).</p> <p>15D-mittari linkittyy 55:een ICF-luokituksen eri kuvauskohteeseen, joita ei esiinny muissa tutkimuksissa olevissa mittareissa.</p> <p>15D-mittarissa painottuvat ruumiin/kehon toiminnot. Kattaa myös ICF-luokituksen kuvauskohteita pääluokista mielentoiminnot, aistitoiminnot ja kipu, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, ympäristötekijät, keskeiset elämäalueet, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä, tunne-elämän toiminnot, kipuaistimus sekä vastikkeellinen työ.</p>	<p>liikuntakykyä koskeva kysymys sisältää 12 erillistä toimintakykyä kuvaavaa käsitettä. Täten 15D-mittari ei mittaa 15 eri ICF-kuvauskohdetta vaan sisältää yhteensä 71 erilaista toimintakykyä kuvaavaa käsitettä.</p> <p>Ei voi tämän tutkimuksen perusteella arvioida muita paremmaksi tai huonommaksi. Keskeistä on valita mittari käyttötarkoituksensa mukaisesti.</p>	
--	--	---	--	--	--

<p>Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen.</p> <p>Sintonen, H. Suomen Lääkärilehti 17/2013 vsk 68: 1261-1267. Suomi.</p>	<p>Artikkeli esittelee käytetyimmät yhden indeksiluvun tuottavat, yleispätevät (geneeriset) terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit, niiden soveltuvuus laatupainotteisiin lisäelinvuosiin (QALY) sekä käyttömahdollisuudet.</p>	<p>Hoitotieteen artikkeli. Tiedonkeruuta ei kuvattu.</p>	<p>15D-mittari yhdistää profiiliin ja indeksiluvun, muodostaen näin parhaan yhteismitallisen terveydenhuollon vaikuttavuuden mittarin.</p> <p>Useampien tutkimusten mukaan 15D-mittarin antamat lukemat vastaavat parhaiten potilaiden oman terveydentilan arviota (TTO-arvoa) aina 75-ikävuoteen asti.</p>	<p>Käyttölupa/lisenssi vaaditaan joissain tapauksissa.</p>	<p>A1. Hyvä. A2. Kyllä. A3. Kyllä. A4. Kyllä. A5. Kyllä. A6. Kyllä. A7. Kyllä. A8. Useita.</p>
--	---	--	---	--	--



			<p>15D-profiilin myötä selviää hoidon vaikuttavuus yksilön tai ryhmän hyvinvointiin 15 eri ulottuvuudella. Samanlaista laaturapainotettua profiiliominaisuutta ei ole muissa mittareissa.</p> <p>Yleispätevä mittari (15D) soveltuu elämänlaadun ja sen muutosten mittaamiseen potilaan sairaudesta tai vammasta riippumatta. Samalla mahdollistuu yhteismitallinen vertailu eri sairauksien erilaisten hoitojen välillä.</p> <p>15D-profiililla voidaan verrata yksilön tai ryhmän terveydentiloja eri aikoina ja nähdä, millä ulottuvuuksilla muutoksia on tapahtunut, mihin suuntaan ja miten paljon.</p> <p>Aineistoa vertailuun on saatavilla Terveys2011-aineiston väestöreferensseistä, jotka voi painottaa ikä- ja sukupuolijakauman mukaan.</p> <p>Kun 15D-profiilitietoa on kerääntynyt potilaiden ominaisuuksista ja tilasta ennen hoitoa ja erilaisten hoitojen jälkeen, voidaan luoda ennusmalleja siitä, millaiset potilaat hyöttyvät mistäkin hoidosta.</p> <p>Terveyskeskukset ja sairaalat voivat selvittää 15D-mittarin avulla eri hoitovaihtoehtojen suhteellista vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Vastaava vertailu mahdollistuu myös eri yksiköiden välillä.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>15D-mittari täyttää verrattain parhaiten hyvän mittarin kriteerit jatkuvasti lisääntyvän tutkimusnäytön perusteella.</p> <p>Käyttömahdollisuuksiltaan 15D-mittari on verrattain laajin. Sisällön validiteetti kattaa WHO:n ICF-luokituksen ulottuvuuksista n. 80 %.</p> <p>15D-lomakkeen täyttöaika on 4 min.</p> <p>Versioitu soveltumaan myös alle 12-vuotiaille (17D-versio) ja 12-15-vuotiaiden versioon (16D).</p> <p>Maksuton akateemiseen ja ei-kaupalliseen tutkimukseen.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan vertailla erilaisten hoitomuotojen tai eri yksiköissä annettujen hoitojen vaikuttavuutta.</p>		
<p>15D-mittarin käyttö elämänlaadun arvioinnissa – kivunhoidon näkökulma.</p> <p>Sintonen, H. Kipuviesti 1/2009: 14-17. Suomi.</p>	<p>Kuvailee 15D-mittarin käyttöä elämänlaadun arvioinnissa kivunhoidon näkökulmasta.</p>	<p>Hoitotieteen artikkeli.</p> <p>Tiedonkeruuta ei kuvattu.</p>	<p>Käytetyin elämänlaatumittari Suomessa. Käytössä myös kansainvälisesti.</p> <p>Ensisijaisesti aikuisväestölle suunnattu.</p> <p>15-ulotteinen, geneerinen, herkkä, luotettava ja helppokäyttöinen.</p> <p>Potilas täyttää paperisen tai sähköisen kyselylomakkeen rastittamalla sopivan vaihtoehdon. Käyttöön aikaa kuluu n. 5-10 min. Tuloksena mittari tuottaa 15-ulotteisen</p>	<p>Ei arvioitu tässä artikkelissa.</p>	<p>A1. Hyvä. A2. Kyllä. A3. Kyllä. A4. Kyllä. A5. Ei. A6. Kyllä. A7. Kyllä. A8. Kyllä.</p>

			<p>elämänlaatuprofiilin ulottuvuuksien tasoilla 1-5 ilmaistuna.</p> <p>QALY-mittauksiin nähden 15D-mittari tarjoaa uskottavat ja validit terveydentilojen arvotukset. Vähintään yhtä hyvä, ellei jopa parempi kuin muut vastaavan tyyppiset mittarit.</p> <p>15D-mittari tuottaa sekä profiilin, että yhden indeksiluvun.</p> <p>Osa-alueet jaettu 5 tasoon, joilla erotetaan kutakin mitattava ominaisuutta.</p> <p>15D-profiilin ja indeksiluvun voi johtaa aiemmissa väestötutkimuksissa johdettuihin arvoihin.</p> <p>Mittari on teetettävissä eri aikoina, kuten ennen ja jälkeen hoidon. Tulokset verrattavissa keskenään ja niiden perusteella voidaan laatia ennustemalleja siitä, miten potilas kustakin hoidosta hyötyisi.</p> <p>Hoitopaikoille 15D-mittarin etu näkyy hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden arvioinnissa.</p>		
--	--	--	---	--	--